



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico  
en fase terminal, según necesidades del enfermo, del  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el  
2016**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

**AUTOR**

Vannia Yacquelín ARENAS QUESQUÉN

**ASESOR**

Humberto LOVÓN CHÁVEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Arenas V. Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según necesidades del enfermo, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2016. [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

---

533

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA**

88

**INFORME DE CALIFICACION**

**LICENCIADA (O): VANNIA YACQUELÍN ARENAS QUESQUÉN**

**TRABAJO DE INVESTIGACION:**

**ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL, SEGÚN NECESIDADES DEL ENFERMO, DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, EN EL 2016.**

**ESPECIALIDAD: ENFERMERIA ONCOLÓGICA**

Lima 30 de Enero del 2017

Señor Doctor

**JUAN MATZUMURA KASANO**

Vice Decano de Investigación y Post Grado

Facultad de Medicina Humano – UNMSM

El Comité de la especialidad **ENFERMERIA ONCOLÓGICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

**DIECISIETE: 17**



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Unidad de Post Grado

*Maria F. Quiroz Viquez*  
Mg. MARIA F QUIROZ VIQUEZ  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería  
Coordinadora (e)

*Soyka Cuentas Nuñez de la Torre*  
MG. SOYKA CUENTAS NUÑEZ DE LA TORRE  
DOCENTE

*Dr. Pompeyo Humberto Lovón Chávez*  
Dr. POMPEYO HUMBERTO LOVÓN CHÁVEZ  
DOCENTE



**ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE  
ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL, SEGÚN  
NECESIDADES DEL ENFERMO, DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, EN  
EL 2017**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, quien me llena de fe y esperanza  
en los momentos más difíciles de mi  
vida, así como en los momentos  
más felices de mi existencia.*

*A mis padres, quienes día a día me demuestran  
cuanto es capaz de dar y hacer una madre  
o un padre por sus hijos, sin importar todo el  
sacrificio que ello implique.*

*A mi hermano, por compartir sus experiencias  
conmigo y por darle la felicidad a mis padres  
de tener dos hijos profesionales.*

*A mi pequeña hija Ivanna, por ser mi mayor  
Tesoro, por ser mi motor y motivo  
para alcanzar mis metas.*

*A mi asesor: Dr. Humberto Lovón Chávez,  
por compartir sus conocimientos conmigo,  
ayudándome en todo el proceso de la  
investigación y por confiar en  
mis capacidades.*

*A mi amiga Kato, por ser esa amiga incondicional  
que no dudo ni un solo instante en brindarme su  
apoyo cuando más lo necesitaba.*

*A mi alma mater UNMSM,  
por acogerme en mis cinco años de pregrado,  
y ahora también en postgrado,  
por concederme el honor de ser San Marquina.*

# ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	1
<b>DEDICATORIA</b>	3
<b>AGRADECIMIENTO</b>	4
<b>INDICE</b>	5
<b>LISTA DE TABLA</b>	6
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	7
<b>RESUMEN</b>	8
<b>ABSTRACT</b>	10
<b>PRESENTACIÓN</b>	12
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Situación problemática	14
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos	18
1.4.1 Objetivo General	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición operacional de términos	56
2.4. Planteamiento de la hipótesis	57
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	58
3.2. Lugar de estudio	58
3.3. Población de estudio	58
3.4. Unidad de análisis	59
3.5. Muestra y muestreo	59
3.6. Criterios de selección	59
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	60
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados	61
4.2. Discusión	70
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	74
5.2. Recomendaciones	75
5.3. Limitaciones	75
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	76
<b>ANEXOS</b>	77



## **LISTA DE TABLAS**

- TABLA 1. SEXO DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN
- TABLA 2. EDAD DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN
- TABLA 3. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- GRÁFICO 1. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 2. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 3. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES FÍSICAS DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 4. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN DIMENSIONES DE LAS NECESIDADES FÍSICAS DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 5. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES PSICOLÓGICAS DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 6. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN DIMENSIONES DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 7. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO, DEL INEN.
- GRÁFICO 8. ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN DIMENSIONES DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO, DEL INEN.

## RESUMEN

El objetivo fue determinar las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

**Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. Diseño: sin intervención.

La población estuvo conformada por 20 profesionales de enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado.

**Resultados.** De 20 (100%) enfermeras encuestadas, 8 (40%) muestran una actitud de indiferencia hacia el paciente oncológico en fase terminal, 6 (30%) enfermeras muestran una actitud de aceptación y otras 6 (30%) de ellas presentan una actitud de rechazo.

En relación a las necesidades físicas del paciente, se tiene que 7 (35%) enfermeras muestran una actitud de aceptación, sin embargo un mismo número de enfermeras 7 (35%) se inclina hacia una actitud de indiferencia. Por último, se tiene que un menor porcentaje de enfermeras 6 (30%), muestra una actitud negativa o de rechazo hacia las necesidades físicas del paciente.

En relación a las necesidades psicológicas del paciente, se tiene que más de la mitad de enfermeras encuestadas, 11 (55%) muestra una actitud de indiferencia hacia esta dimensión. Seguido de 5 (25%) enfermeras que muestran una actitud de rechazo y solo 4 (20%) enfermeras muestran una actitud de aceptación hacia la dimensión psicológica del paciente.

En relación a las necesidades espirituales del paciente, se tiene que la mayoría de enfermeras encuestadas 9 (45%) muestra una actitud de indiferencia hacia el aspecto espiritual del paciente. Seguido de 6 (30%) enfermeras que muestran una actitud de aceptación y solo la cuarta parte de enfermeras muestra una actitud de rechazo hacia esta dimensión.

**Conclusiones.** El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión física, psicológica y espiritual.

**PALABRAS CLAVES:** Actitud, paciente oncológico terminal, necesidades del enfermo.

## ABSTRACT

The objective was to determine the nurse's attitudes towards the end-stage cancer patient, according to the needs of the patient, of the National Institute of Neoplastic Diseases.

**Material and method.** The study was of application level, quantitative type, descriptive correlational method, cross-sectional. Design: without intervention. The population consisted of 20 nursing professionals. The technique was the survey and the instrument a Lickert scale-type form, which was applied prior informed consent.

**Results.** Of the 20 (100%) nurses surveyed, 8 (40%) showed an attitude of indifference towards the oncological patient in the terminal phase, 6 (30%) nurses showed an accepting attitude and another 6 (30%) Of rejection.

In relation to the physical needs of the patient, 7 (35%) nurses show an attitude of acceptance, however, the same number of nurses 7 (35%) are inclined towards an attitude of indifference. Finally, we have a lower percentage of nurses 6 (30%), showing a negative attitude or rejection towards the physical needs of the patient.

In relation to the psychological needs of the patient, more than half of the nurses surveyed are present, 11 (55%) show an attitude of indifference towards this dimension. Followed by 5 (25%) nurses who showed an attitude of rejection and only 4 (20%) nurses showed an attitude of acceptance towards the psychological dimension of the patient.

In relation to the spiritual needs of the patient, it is necessary that the majority of nurses surveyed 9 (45%) shows an attitude of indifference towards the spiritual aspect of the patient. Followed by 6 (30%) nurses who show an attitude of acceptance and only the fourth part of nurses shows an attitude of rejection towards this dimension.

**Conclusions.** The highest percentage of nursing professionals have an attitude of indifference toward care of the dying patient, referred to the physical, psychological and spiritual dimension.

**KEY WORDS:** Attitude, terminal cancer patient, needs of the patient

## **PRESENTACIÓN**

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos. (R, 1993)

Es evidente que para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en su formación de pregrado como durante su desempeño profesional.

El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares.

Es así que a través de la presente investigación se pretende conocer las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, y de

esta manera dar a conocer los resultados con el fin de mejorar la prestación de cuidados de enfermería.

El presente proyecto de investigación comprende: Capítulo I: que incluye el planteamiento y formulación del problema, justificación, objetivos. Capítulo II: abarca los antecedentes del estudio, el marco teórico, definición operacional de términos. Capítulo III: comprende la parte metodológica: tipo, nivel y método de estudio, sede de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y presentación de datos, plan de análisis e interpretación de datos. Capítulo IV: comprende los resultados y discusión. Finalmente en el Capítulo V se presentan las conclusiones, recomendaciones y limitaciones que se presentaron en el camino. Por último, las referencias bibliográficas y los anexos.



# **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

## **1.1. Situación problemática**

El cáncer se constituye en un problema de salud pública ya que trae consigo un gran número de muertes. Según la OMS, a través de su proyecto GLOBOCAN publicó en el año 2012 un estimado de 14,1 millones de nuevos casos de cáncer y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. (GLOBOCAN, 2012)

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) se atiende a diario a un gran número de personas con diagnóstico de algún tipo de cáncer. De las cuáles, un gran número, en fase terminal.

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. (FRANCISCO BUIGUES, 2009)

Según la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. (OMS)

El objetivo de la atención de enfermería en pacientes terminales no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión

irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. (FRANCISCO BUIQUES, 2009)

Los pacientes en estado terminal son plurisintomáticos y multicambiantes, por lo que requieren de un enfoque ético y dinámico, basado en una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.

La atención de Enfermería a los pacientes en situación terminal es importante, tanto por su intervención en la implementación de los cuidados paliativos, como por la compleja tarea de acompañar al enfermo en afrontar su propia muerte. Es un deber ético de la enfermera prepararle junto con el médico y la familia, en proporcionar la mejor calidad de vida posible, y defender también en esa situación los derechos del paciente, con un rol activo en el consentimiento informado, así como en la toma de decisiones acerca de su tratamiento.

El Consejo Internacional de Enfermería señala: “Al dispensar los cuidados la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad” (ENFERMERAS, 2006) y al referirse al final de la vida, comenta: “la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales”. (ENFERMERÍA, 2000)

Además, en la fase final de la vida “disminuye lentamente la función del médico y se hace más importante la de la enfermera: pasa a ser una importante fuente de información y consulta, y toma cada vez más la iniciativa”. (FERNANDO ABELLAN, 2007)

En este contexto, el profesional de enfermería se enfrenta a menudo a la muerte de otras personas, lo cual resulta una experiencia difícil y en la que se ven enmarcados tanto los sentimientos de la enfermera como los del paciente.

Siendo fundamental la actitud que presente la enfermera frente a esta situación. La cual va a depender de sus características personales, su forma de afrontamiento, la carga emocional, sus principios bioéticos, entre otros.

En estudios publicados en la revista española Nursing (2001), investigaciones de la City of Hope National Medical Center de Duarte, California, afirman que las enfermeras tienen más confianza en lo que se refiere a los aspectos físicos de los cuidados, en cambio se sienten menos confiadas en proporcionar atención espiritual y/o proporcionar respuestas a las necesidades psicosociales. Sobre las actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales, frecuentemente se presenta la tendencia a que el enfermo no se entere de su verdadero estado de salud, o al menos posponer al máximo dar esta información, apartarse físicamente o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo.

En otro estudio realizado por María Pérez Vega y Luis Sibanal Juan en su investigación —Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal, señala que dentro de la práctica de enfermería existe un asunto al que se le debe dar un énfasis especial: el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, durante esta fase el enfermo experimenta diversos síntomas, que son complejos y cambiantes, por ello necesita tener una atención integral y ética para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible, no obstante los resultados de esta investigación mostraron que las enfermeras viven el proceso de muerte con dolor, tristeza e impotencia.

Durante las prácticas requeridas para la especialidad en Oncología en el INEN, he podido observar que la enfermera centra sus actividades principalmente en la labor administrativa, evita atender a pacientes en fase terminal, compromete en cierto grado sus sentimientos durante la atención de este tipo de pacientes.

Por su parte, las enfermeras comentan: “existe una elevada demanda de pacientes, así no se puede brindar una buena atención”, “ha habido situaciones en las que nos hemos visto obligadas a elegir a quien atender: al moribundo, o al que tiene posibilidades de vivir”... Hechos que sustentan la necesidad de

buscar, identificar y comprender los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en la actitud de la enfermera frente a la atención de pacientes en fase terminal.

De lo observado anteriormente se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la postura de la enfermera frente a la atención de un paciente en fase terminal? ¿influye la carga laboral?, ¿Existe un compromiso emocional de la enfermera ante la atención del paciente terminal?, ¿Están preparadas las enfermeras para enfrentar la muerte de sus pacientes?, ¿Cómo reaccionan ante este hecho?

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2016?

## **1.3. Justificación**

En enfermería, se ha puesto en evidencia la necesidad de profundizar en las actitudes y creencias ante la muerte en los propios profesionales ya que pueden influir en la calidad de los cuidados, especialmente las derivadas de procesos de muerte y duelo.

La enfermera es el profesional que no solamente brinda asistencia en las necesidades físicas del paciente, sino también en las necesidades psicológicas y espirituales. Lo que implica que sus actitudes sean lo más acertadas posibles a fin de cubrir de la mejor manera las conductas y necesidades del paciente oncológico en fase terminal.

La presente investigación va a contribuir al conocimiento de las necesidades a las que se debe dar mayor énfasis en un paciente terminal. Así mismo va a ayudar a las enfermeras a establecer estrategias que le permitan adoptar actitudes positivas para cubrir dichas necesidades.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

2. Determinar las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades físicas de los pacientes en fase terminal.
- Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades psicológicas de los pacientes en fase terminal.
- Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

Después de haber realizado una revisión bibliográfica se ha encontrado algunos estudios relacionados con la presente investigación, así tenemos que:

- ❖ Leticia Ascencio Huertas, Silvia R. Allende Pérez y Emma Verastegui Avilés realizaron un estudio titulado Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos, en el año 2014, cuyo objetivo fue explorar y analizar actitudes y creencias ante la muerte en el personal de salud en Cuidados Paliativos Oncológicos. Fue un estudio, transversal y descriptivo; se utilizó un muestreo intencional, los instrumentos utilizados fueron: Formato de datos personales y profesionales, Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer, Creencias con relación al paciente terminal y Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM). Se analizaron los datos estadísticamente: análisis de frecuencias y correlación de Spearman, con una alta tendencia en considerar que es mejor que el paciente terminal fallezca en casa, en el uso de la morfina como tratamiento para el dolor en cáncer avanzado y recibir una atención integral. Dentro de las principales actitudes del personal de salud hacia el paciente terminal y la muerte se encontraron: mayor responsabilidad y atención hacia la vida, y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte.
  
- ❖ Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez, José M. Merino Escobar, realizaron un estudio acerca de la “Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes”, en el año 2008. Estudio descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola

con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Para recolectar la información se utilizó un instrumento con tres escalas: la primera, para Características Biosociodemográficas, tomado de Tejada, adaptado por los investigadores; la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, creado por Urrutia, citado en Tejada, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte (CAM), adaptación de Templer. Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes.

- ❖ María Elena Pérez Vega; Luis Cibanal Juan. Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México, 2011. Investigación de tipo cualitativa, cuyo objetivo fue determinar la perspectiva de las enfermeras ante el paciente oncológico en fase terminal. La muestra estuvo conformada por diez licenciadas en enfermería de tres hospitales de segundo nivel de atención de la ciudad y puerto de Tampico. Para llevar a cabo esta investigación se diseñaron y aplicaron a cada informante dos instrumentos de recogida de información: una cédula de datos sociodemográficos y una guía de entrevista semiestructurada. Con la cédula sociodemográfica personal se obtuvieron datos acerca de la institución y servicio de hospitalización, turno asignado, nivel académico, edad, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio de quimioterapia/hospice, realización de cursos sobre pacientes oncológicos y religión. Por su parte, los ítems de la guía de entrevista fueron: concepto y significación de la muerte, significación de la propia muerte, significación del paciente en fase terminal, necesidades del paciente oncológico en fase terminal, contexto hospitalario de atención al paciente, competencias para el manejo de estos pacientes, quehacer

de la enfermera, impacto emocional en la enfermera, acompañamiento de la familia, experiencia vivida ante el primer paciente atendido. Esta investigación señala que dentro de la práctica de enfermería existe un asunto al que se le debe dar un énfasis especial: el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, durante esta fase el enfermo experimenta diversos síntomas, que son complejos y cambiantes, por ello necesita tener una atención integral y ética para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible, no obstante los resultados de esta investigación mostraron que las enfermeras viven el proceso de muerte con dolor, tristeza e impotencia.

- ❖ ElaineGuedesFontoura, Darci De Oliveira Santa Rosa. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte, 2013. Investigación de tipo cualitativa, fenomenológica, cuyo objetivo fue comprender como las enfermeras vivencian el cuidado a la persona en el proceso de morir. La muestra estuvo conformada por catorce enfermeras de la unidad de pacientes de larga duración y de la clínica médica de un hospital general. La recolección de datos se llevo a cabo a través de una entrevista fenomenológica, posterior aprobación por el Comité de Ética en Investigación. El análisis fenomenológico pasó por las etapas de descripción, reducción y comprensión. Como conclusión principal se obtuvo que las enfermeras mostraron ansiedad, miedo y la muerte como una experiencia inolvidable, revelando la difícil aceptación y el vacío existencial.
- ❖ Salazar Puelles, JeniferMirela. Actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología-2014. El objetivo fue determinar la actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – 2014. Material y Método: El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 16 estudiantes de enfermería de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología de la Unidad de Postgrado de la UNMSM. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de



Likert Modificada aplicado previo consentimiento informado. Resultados: Del 100% (16), 43.8% (07) es de indiferencia, 31.2% (05) aceptación y 25% (04) rechazo. En la dimensión miedo a la muerte 43.8% (07) es de rechazo, 37.5% (06) aceptación y 18.7% (03) indiferencia. En la dimensión evitación de la muerte 68.8% (11) es de indiferencia, 18.7% (03) aceptación y 12.5% (02) rechazo. En la dimensión consentimiento de la muerte 43.8% (07) es de indiferencia, 31.2% (05) aceptación y 25% (04) rechazo. Conclusiones: La actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología en la UNMSM, el mayor porcentaje refieren que es de indiferencia; porque al atender a un paciente terminal evitan pensar que pueden morir durante el turno y que la muerte del paciente terminal es un hecho natural que forma parte de la vida; es de aceptación ya que les agrada dar palabras de tranquilidad durante sus últimos momentos de vida; y es de rechazo debido a que están en total desacuerdo que la familia no permanezca junto al paciente terminal.

- ❖ Flores Benites, Yuliana Carina. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue : 2013. El objetivo fue determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (50), 42%(21) tienen actitud de indiferencia, 32%(16) de aceptación y 26%(13) de rechazo. En cuanto a la dimensión fisiológica, 58% (29) tiene una actitud de indiferencia, 22% (11) aceptación y 20% (10) rechazo; en la dimensión espiritual 72% (36) tiene una actitud de indiferencia, 20% (10) rechazo y 8% (4) aceptación; y en la dimensión psicoemocional 60% (30) tienen actitud de Indiferencia, 24% (12)

aceptación y 16% (8) rechazo. Conclusiones. El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional.

## **2.2. Bases teóricas**

### **I. GENERALIDADES SOBRE ACTITUDES**

#### **1. Definición**

Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias de vida y educación recibida. De acuerdo a Alcántara (1992), las actitudes son el sistema fundamental por el cual el ser humano determina su relación y conducta con el medio ambiente. Son disposiciones para actuar de acuerdo o en desacuerdo respecto a un planteamiento, persona, evento o situación específica; dicha de la vida cotidiana.

Las actitudes están constituidas por elementos cognitivos, afectivos y conativos, que de manera integrada o interdependiente contribuyen a que la gente reaccione de una manera específica.

Además de la definición mencionada, podemos agregar las siguientes:

- **Floyd Allport:** “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”.

- **R. H. Fazio & D. R. Roskos-Ewoldsen:** “Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos”.

- **C. M. Judd:** “Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria”.
  
- **Kimball Young:** “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.
  
- **R.Jeffress:** "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida".
  
- **W.I. Thomas y F. Znaniecki:** “Es la tendencia del individuo a reaccionar, ya sea positiva o negativamente, a cierto valor social”.
  
- **D. Krech y R.S. Crutchfield:** “Una actitud puede ser definida como una organización permanente de procesos emocionales, conceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo”.
  
- **Warren:** “Una actitud es una específica disposición mental hacia una nueva experiencia, por lo cual la experiencia es modificada; o una condición de predisposición para cierto tipo de actividad”.
  
- **Droba:** “Una actitud es una disposición mental del individuo a actuar a favor o en contra de un objeto definido”.
  
- **Rokeach:** “Puede definirse una actitud como una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo en favor de una respuesta preferida”.
  
- **Solomon Asch:** “Las actitudes son disposiciones duraderas formadas por la experiencia anterior”.

- **Edwin Hollander:** “Las actitudes son creencias y sentimientos acerca de un objeto o conjunto de objetos del ambiente social; son aprendidas; tienden a persistir, aunque están sujetas a los efectos de la experiencia; y son estados directivos del campo psicológico que influyen sobre la acción”.
- **David G. Myers:** “Actitud es la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia algo o alguien, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención.
- **Fishbein:** “Las actitudes son resúmenes valorativos de las diferentes creencias de una persona acerca de un objeto o concepto”.
- **Jack H. Curtis:** “Las actitudes son predisposiciones a obrar, percibir, pensar y sentir en relación a los objetos y personas”.
- **Giancarlo :** "La actitud es lo que nos impulsa hacer algo".
- **Quintero y Bermúdez:** "La actitud es una disposición de voluntad manifestada ante el mundo".
- **WenddyNeciosup:** "La actitud es tu postura para enfrentar las diversas situaciones de la vida, el rostro diario siempre lo das tu con tu actitud".Es necesario tener una actitud positiva frente a cada situación que se presente en nuestras vidas, por más difícil que sea.
- **Rick Astley:** "La actitud es un sentimiento interior expresado en la conducta".
- **Eduardo Moreno:** "Las actitudes son demostraciones concretas de sentimientos y percepciones adquiridas, proyectadas en personas, grupos u objetos".
- **Gino Germani:** “Una actitud se define como una disposición psíquica, para algo o hacia algo, disposición que representa el antecedente interno de la acción y que llega a organizarse en el individuo a través de la experiencia –vale

decir, es adquirida- y resulta de la integración de elementos indiferenciados biológicos y de elementos socioculturales específicos".

- **Th. Ribot:** "Consideradas analíticamente, las actitudes son formas sin materia, sin contenido. No son más que un molde, pero que impone su marca a los estados de conciencia intelectuales y afectivos".

- **A. Girod:** "Una actitud es esencialmente una conducta, el inicio de una acción que no es necesariamente acabada. En este sentido, la actitud es más dinámica y anuncia mejor las líneas del comportamiento que la opinión o la idea".

- **Carl G. Jung:** "Tener una actitud es estar dispuesto a una cosa determinada, aunque sea inconsciente; lo que significa: tener a priori una dirección hacia un fin determinado, representado o no. La disposición que es para mí la actitud consiste siempre en la presencia de una cierta constelación subjetiva, combinación determinada de factores o de contenidos psíquicos que determinan esta o aquella dirección de la actividad o esta o aquella interpretación del estímulo externo".

## **2. FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LAS ACTITUDES:**

Existen diferentes teorías que intentan explicar la formación de las actitudes (Baron y Byrne).

### **❖ APRENDIZAJE SOCIAL:**

Muchas de nuestras perspectivas se adquieren en situaciones en donde interactuamos con los otros o simplemente observamos sus comportamientos. Mediante el modelado los individuos aprenden nuevas formas de comportamientos observando y copiando simplemente las acciones de los demás, que le sirven de modelos.

❖ **CONDICIONAMIENTO CLASICO:**

Cuando el primer estímulo se presenta, los individuos esperan que el segundo les siga. Como resultado, los individuos irán adquiriendo gradualmente el mismo tipo de reacciones mientras se muestre el segundo estímulo especialmente si éste induce fuertemente y provoca reacciones automáticas.

❖ **CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL:**

Los comportamientos que preceden a resultados positivos tienden a reforzarse. Por el contrario, comportamientos que preceden a respuestas negativas se debilitan o finalmente se suprimen.

❖ **COMPORTAMIENTO SOCIAL:**

Tendemos a compararnos a nosotros mismos con los otros para determinar si nuestra visión de la realidad es o no la correcta. En la medida en que nuestras opiniones coincidan con la de los demás, concluimos que nuestras ideas y actitudes son exactas.

**3. TIPOS DE ACTITUDES:**

❖ **ACTITUD EMOTIVA:**

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

❖ **ACTITUD DESINTERESADA:**

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Si no que tienen su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

❖ **ACTITUD MANIPULADORA:**

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

❖ **ACTITUD INTERESADA:**

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

❖ **ACTITUD INTEGRADORA:**

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

#### **4. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES:**

- ❖ Las actitudes son adquiridas, son el resultado de las experiencias y del aprendizaje que el individuo ha obtenido a lo largo de su historia de vida, que contribuye a que denote una tendencia a responder de determinada manera y no de otra.
- ❖ Las actitudes son de naturaleza dinámica, es decir, pueden ser flexibles y susceptibles a cambio, especialmente si tienen impacto en el contexto en el que se presenta la conducta.
- ❖ Las actitudes son impulsoras del comportamiento, son la tendencia a responder o a actuar a partir de los múltiples estímulos del ambiente.
- ❖ Las actitudes son transferibles, es decir, con una actitud se puede responder a múltiples y diferentes situaciones del ambiente.

#### **5. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES:**

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes (RODRIGUEZ, 1991):

- **Componente cognitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada

por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

## 6. FACTORES DETERMINANTES DE LA ACTITUD:

Las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes:

- ❖ Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.
- ❖ El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales, «objetivos», que de la forma en que aparece ante él y de la impresión que le produce, o sea de la actitud que el individuo asume ante la situación. (Lo han demostrado claramente los estudios sociológicos de la propaganda y los prejuicios).
- ❖ Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo para comprender el «tema» total.



- ❖ Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente, determinantes esenciales de la personalidad y de la conducta.

Las actitudes de los demás son tan importantes en la psicología y en la psicopatología, como los agentes bacterianos y tóxicos y las drogas medicamentosas en la salud y la enfermedad del cuerpo. El valor de las actitudes de los demás como fuerza motivadora ha sido demostrado muchas veces". (YOUNG, 1967)

## **7. CARACTERIZACIÓN DE LAS ACTITUDES**

Las actitudes de forma general podemos caracterizarla a través de los siguientes rasgos distintivos:

- ❖ Dirección: es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.
- ❖ Magnitud: es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- ❖ Intensidad: es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- ❖ Centralidad: se refiere a la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto.

## **8. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES:**

Las técnicas más conocidas para medir actitudes por escalas son: la técnica de escalamiento de Likert, el diferencial semántico, la escala de Guttman. (AIGNEREN)

### **❖ LA TÉCNICA DE ESCALAMIENTO DE LIKERT**

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de proposiciones o "juicios" ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se entrevista. Es decir, se presenta cada proposición o juicio que supuestamente

miden la actitud hacia un único concepto subyacente, y se pide al entrevistado que “externalice” su “reacción” eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de respuesta de la escala. A cada punto o categoría se le asigna un valor numérico, así un sujeto obtiene una puntuación respecto a “la afirmación o juicio” y al final se obtiene una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones o juicios.

#### ❖ LA TECNICA DEL DIFERENCIAL SEMÁNTICO

El diferencial semántico está destinado a medir las diferencias de significaciones que tienen uno o más conceptos para distintas personas. Se trata de calificar el objeto de actitud mediante una serie de adjetivos extremos. Es decir, el entrevistado tiene que calificar “el objeto de actitud” en un conjunto de adjetivos polares. Entre cada par de adjetivos polares se presentan varias opciones y el entrevistado selecciona aquella que refleje su actitud en mayor medida.

#### ❖ ESCALA DE GUTTMAN

Esta es una técnica que presenta múltiples opciones a lo largo de una dimensión o variable. El propósito de esta escala es medir la unidimensionalidad actual -mide solo una dimensión- de acuerdo con el supuesto de que la actitud íntegra está contenida en una sola dimensión. Es decir, los enunciados o afirmaciones deben estar relacionados unos con otros. Los entrevistados son enfrentados a responder el conjunto de opciones o alternativas que se pueden dar en la dimensión actitudinal. Estas opciones se presentan en una especial disposición, de tal manera que las alternativas o preguntas midan la intensidad de la apreciación o la opinión.

## **II. PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL**

Cuando hablamos de paciente terminal, debemos tener los conceptos muy claros. En primer lugar definiendo la enfermedad terminal, que es aquella enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al

tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas múltiples; con importante impacto emocional tanto en el enfermo, como en la familia e incluso en el equipo sanitario y que condiciona un pronóstico de vida limitado. Bajo este concepto se incluyen diversas enfermedades tanto oncológicas como no oncológicas. (SANZ, 2012)

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Los cuidados paliativos inicialmente se desarrollaron en Inglaterra como filosofía hospice, y en 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes.

## **1. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Según la OMS los objetivos de la atención al paciente terminal serían las siguientes (JEAN, 2000):

- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento.
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla. - Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del enfermo.
- Ofrecer apoyo a los pacientes para vivir de la forma más activa posible hasta la muerte.

- Ofrecer apoyo a las familias y allegados durante la enfermedad y en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Son aplicables a las fases tempranas de la enfermedad, junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como QT, RT,...)
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y de sus familias.

## **2. NECESIDADES DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

### **❖ NECESIDADES FÍSICAS**

#### **❖ Respiración**

Cuidados ante la aparición de disnea:

- Elevar el cabecero de la cama (30-40 °).
- Administrar tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos.
- Evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el enfermo.
- Evitar presión torácica o abdominal con la ropa de cama y/o camisón o pijama.

Cuidados ante la aparición de secreciones:

- Aspirar las secreciones abundantes y localizadas en la orofaringe. La aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta para el paciente.
- Colocar al paciente en la postura adecuada (decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada) que haga menos audibles las secreciones.
- Comunicar al facultativo la aparición de secreciones a fin de disminuir la fluidoterapia si procede.

- Mantener una higiene bucal adecuada y retirar manualmente las secreciones cuando sea necesario.

#### ❖ **Alimentación**

- Administrar dieta en función de su nivel de conciencia, retirándola si fuera necesaria para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- Identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese) y comunicarlo al facultativo correspondiente para hidratación intravenosa con fluidos si procede.

#### ❖ **Eliminación**

Cuidados ante la aparición de incontinencia:

- No suele estar indicado el sondaje vesical, excepto cuando la frecuencia de cambio de absorbentes para adultos incontinentes ocasione más molestia que el producido por dicha técnica.
- Si existen fugas fecales proceder al cambio de absorbentes adaptándolo al estado del paciente.

Cuidados ante la aparición de retención:

- Si el paciente está agitado valorar la presencia de globo vesical y, si procede, realizar sondaje evacuador, valorando su permanencia.

Cuidados ante la aparición de emésis:

- Evitar broncoaspiración de contenido gástrico con medidas posturales adecuadas (decúbito lateral derecho si es posible).
- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- En caso de que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente.

### ❖ **Movilización**

- Siempre que se pueda, intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados, teniendo en cuenta: comodidad, postura preferida y presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad.

### ❖ **Reposo-Sueño**

- Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y limitar el número de visitas respetando las decisiones familiares.
- En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno.
- En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación.

### ❖ **Higiene/Estado de la piel**

Cuidados bucales en pacientes con bajo nivel de conciencia:

- En el enfermo agónico se presenta una alteración multifactorial de la boca, originando numerosos problemas entre los que destaca la sequedad, siendo su manejo más eficaz con cuidados locales que la hidratación con sueros. El objetivo primordial es prevenir el dolor y fomentar el bienestar.
- Realizar la higiene con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa o dedo protegido con guante.
- Finalizar la higiene limpiando labios y comisuras hidratándolas con vaselina (contraindicado si el paciente está deshidratado o en tratamiento con oxigenoterapia).
- Para disminuir el dolor oral se puede utilizar Lidocaína viscosa al 2% (según prescripción).

- Las prótesis dentales se retiran, guardándose en un recipiente, debidamente etiquetadas.
- Prestar adecuada atención a la limpieza de las fosas nasales para mejorar la respiración y aliviar la sequedad.

#### Cuidados de los ojos:

- Intentar mantener los ojos limpios e hidratados con suero fisiológico y gasas humedecidas.
- Si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

#### Úlceras por presión:

- Mantener la piel seca e hidratada, aplicar placas hidrocoloides y/o protecciones en prominencias óseas, si son necesarias y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras.
- Prestar especial atención a aquellos dispositivos que pueden aumentar la aparición de úlceras por presión (sonda nasogástrica, sondas vesicales, ropa ajustada, etc.)

#### ❖ Temperatura

- En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas ya que provocan malestar al paciente. En caso necesario aplicar medicación antitérmica prescrita.

#### ❖ Seguridad

- El estado confusional es frecuente en el enfermo agónico (hasta el 80%). Es de origen multifactorial. Usar tratamiento farmacológico evitando, en lo posible, las restricciones mecánicas.
- En la sedación de estos pacientes se tiene en cuenta la opinión manifestada por el paciente y en su defecto por la familia.

- Evitar en lo posible la colocación de barandillas por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente y familia. Durante el reposo-sueño se pueden usar, para prevenir caídas accidentales. (POTTER, 1999)

## ❖ NECESIDADES PSICOLÓGICAS

El apoyo psicoemocional que le podemos brindar a un enfermo terminal se basa en nuestra compañía, acompañarle en este proceso físico, psicoemocional, social y espiritual de la enfermedad. Esto quiere decir que necesita ser escuchado, informado, cuidado, y educado para realizar su propio autocuidado, sin descuidar por supuesto, al *cuidador* (la persona que cuida a un enfermo terminal).

El cuidador hará de intermediario entre el paciente y el equipo médico y será responsable del cuidado del mismo. Esta persona recibe por ello un gran impacto emocional de la situación del enfermo y por lo tanto, necesita igual tipo de protección psicoemocional.

El equipo médico es el primer apoyo que vamos a encontrar en esta situación de enfermedad terminal, donde nos enseñarán (como familiares) a dar ese apoyo al enfermo. La familia también recibirá ese apoyo, por lo tanto, en este dar y recibir va a depender mucho de la fase de la enfermedad en la que el paciente se encuentre, que puede ir desde que el enfermo se hace consciente de su situación hasta que finalmente muere.

En una primera fase, en la que el enfermo toma conciencia de su enfermedad y la familia afronta un cambio importante en su vida, es el paciente y familia los que más apoyo van a recibir, por parte del equipo sanitario.

En la fase crónica, y hasta que comienza el periodo agónico, la familia llevará el mayor peso del apoyo, y en la fase terminal, son los familiares los que más necesitan de ese apoyo por parte de los sanitarios y el paciente por parte de su familia.



Para atender las necesidades del paciente, el primer paso es la escucha activa, del lenguaje verbal y no verbal. Una buena comunicación es esencial en el cuidado del paciente dado que influye muy positivamente en el control de posibles problemas emocionales como la ansiedad, depresión y alivio del dolor.

La comunicación con el paciente debe ser de interés, respeto, sin emitir juicios, observando los cambios psicológicos por los que va pasando. Es importante aprender a escuchar, no mentirle nunca, tiene derecho a saber la verdad y no retirarle nunca una esperanza a la que él se aferre. La información se revelará de forma suave, afectuosa y gradual. Esta tarea corresponde al médico, el que emite el diagnóstico y por lo tanto la familia no puede negar lo que se le haya comunicado. Una vez que sabe la mala noticia y pasa el shock, debemos darle tiempo suficiente para que haga preguntas y responderle de forma realista. Lo que más necesita oír en esta etapa, es que va a tener a un equipo que le va atender y va a hacer todo para ayudarlo y quitarle el dolor.

Es importante que se tenga presente que el paciente pasará por una serie de miedos en este intervalo: miedo a lo desconocido, a la soledad, a la angustia, al dolor, a perder la identidad....Las reacciones que tenga el enfermo frente a estos miedos puede ser adaptativas como el humor, negación, cólera, llanto, esperanza realista.... y las menos adaptativas pueden ser: culpabilidad, negación patológica, rabia prolongada, llanto violento, angustia, peticiones imposibles, desesperación y manipulación .

### ❖ NECESIDADES ESPIRITUALES

Todas las guías, autores e instituciones consultados mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes terminales. Pero es necesario definir qué entendemos por espiritualidad y en qué se diferencia de la atención psicológica.

La atención psicológica se centraría más en aspectos como la ansiedad, el insomnio, el delirium, la depresión, los diferentes estilos de afrontamiento, las

fuentes de estrés, las relaciones personales, etc. Sin embargo, la espiritualidad (Holloway), se trata de «una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material».

Para la OMS, lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Estas concepciones de espiritualidad, no se encuentran forzosamente vinculadas a la religión.

Puede existir lo que se denomina una “espiritualidad laica” y en cualquier caso es imprescindible la valoración y atención de esta necesidad en cualquier paciente.

Y es que, la persona que está muriendo se ve frecuentemente ante un proceso de:

- Introspección.
- Reflexión sobre el sentido de la vida.
- Preguntas sobre la posibilidad de un más allá.
- Balance de los valores vividos y de adónde le han llevado.
- Puesta en orden de todos sus asuntos.
- Sentimiento de unidad y valoración en su intimidad por los demás.
- Posibilidad de comunicarse, perdonar, amar, despedirse de los suyos.
- Superación del miedo, aceptación de su situación, transformación del sufrimiento.

Morir supone, pues, un arduo trabajo interior con unas necesidades espirituales que podemos concretar en las siguientes:

- **Necesidad de ser reconocido como persona.** La enfermedad rompe la integridad del yo, supone una pérdida de los antiguos roles y de las funciones que antes se desempeñaban. La despersonalización de las estructuras sanitarias contribuye a esa pérdida de identidad, fomentando una sensación de aislamiento e inutilidad. A veces los pacientes tienen la impresión de que son sólo un número o una enfermedad. Pero el

enfermo tiene un nombre, una familia, una historia, inquietudes y proyectos y necesita ser reconocido como persona.

- **Necesidad de releer su vida.** La enfermedad y la cercanía de la muerte hacen que el paciente pueda necesitar hablar de su vida, recordar momentos alegres, lugares especiales, acontecimientos vividos, cosas positivas realizadas, etc. Todo eso, debidamente integrado, puede ayudar al enfermo a cerrar su ciclo vital de una manera armoniosa y serena. Vimort observa que es necesario tener una idea suficientemente positiva de la propia existencia para afrontar la muerte en las mejores condiciones. Los enfermos aceptan más fácilmente ver llegar el fin de su vida cuando pueden pensar que todo ha ido bien, cuando el balance es más bien positivo. Las personas que le acompañan también pueden ayudar al enfermo a no limitar la relectura de su vida a su lado negativo.
- **Necesidad de reconciliarse.** Con cierta frecuencia el enfermo vive la enfermedad como una expiación de la vida pasada, como un castigo. Es importante detectar los sentimientos de culpa si los hubiere. La sensación de haber hecho daño a alguien también puede causar sufrimiento. En esos casos es necesario reconciliarse para poder decir adiós. En muchas ocasiones se detectan errores cognitivos que pueden ser reestructurados con la atención de un profesional cualificado. Esta necesidad se expresa en lo que algunos pacientes llaman “poner en orden sus asuntos”. Las necesidades de reconciliación, se suelen manifestar como el deseo de llamar o recibir la visita de una persona que llevaba largo tiempo distante. Para los creyentes, puede resultar muy liberador recibir la asistencia del sacerdote o líder religioso que les ayude. Parece que para afrontar la muerte de una manera apacible y serena es necesario recibir el perdón de los otros, de perdonar a los otros, de perdonarse a sí mismo, de estar en armonía con la trascendencia, sea expresada o no bajo la forma religiosa.
- **Necesidad de relación de amor.** El hombre es un ser por naturaleza inclinado a relacionarse. Tiene necesidad de amar y sentirse amado. La

enfermedad, aunque conlleva el riesgo del egocentrismo, o del sentimiento de soledad, también puede ser ocasión de descubrir la necesidad que tenemos de los demás y de valorar esta relación y esta presencia. Ser amado al final de la vida es sentirse aceptado tal cual es a pesar de la situación en que se encuentra.

- **Necesidad de una continuidad.** Releer su vida puede ayudar al enfermo a dar una continuidad entre su pasado y presente, de un modo integrador. La continuidad puede dirigirse igualmente hacia el futuro, respecto a una obra realizada, una causa o ideal, una empresa o asociación que puede perdurar, los descendientes. Existe también con frecuencia un deseo de continuidad después de la muerte, pero acompañado de muchas dudas incluso entre los creyentes, en cuanto a si existe de verdad una vida en el más allá.
- **Necesidad de encontrar sentido a la existencia y su devenir.** La cercanía de la muerte se presenta como la última crisis existencial del hombre. La pregunta por el sentido de la vida conduce, en muchos enfermos, a una búsqueda a veces dolorosa, con renunciaciones y nuevos compromisos. La cercanía de la muerte coloca a cada uno frente a lo esencial. Vimort plantea que el enfermo busca identificar y rectificar las decisiones y orientaciones fundamentales que han guiado su vida. Deschamps cita que este sentido de la vida no puede darse si no que debe encontrarse. Frankel afirma que todo hombre puede encontrarle un sentido a su vida, incluso al sufrimiento. El sentido encontrado frente a la muerte vuelve a dar sentido a la vida.
- **Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas.** El término esperanza nos remite al presente, pasado y futuro del enfermo. Respecto al presente, podemos centrar la esperanza en alcanzar objetivos muy próximos, que satisfagan lo que el paciente en ese momento pueda vivir como auténtica calidad de vida (lo que P. Barreto llama “ensanchar la esperanza en el aquí y ahora”). «Saber vivir al día» es un aprendizaje doloroso pero fecundo. Respecto al pasado, el

paciente puede tener la necesidad de volver a leer, de conectar, de volver a apropiarse su vida...bajo una nueva perspectiva. Y respecto al porvenir, el tiempo limitado puede ser vivido como una frustración, una angustia... Pero también puede ser una apertura a la trascendencia más allá de la muerte.

**EL APOYO o ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL** se entiende como la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas.

Todas las Guías de Cuidados Paliativos consultadas subrayan la importancia de tener en cuenta la dimensión espiritual en los pacientes terminales.

No existe evidencia apropiada que determine cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual. Tampoco se dispone de estudios con el diseño apropiado para medir el impacto de la intervención sobre el sufrimiento espiritual, pero en lo que la literatura consultada coincide es en la importancia de tener en cuenta esta dimensión por sus repercusiones en el bienestar general y calidad de vida del paciente terminal.

Una petición de eutanasia, el rechazo a comunicarse, el sentimiento de culpabilidad, un deseo de reconciliación que no ha podido expresar o terminar, la rigidez ante un acontecimiento ya pasado, etc. son a veces signo de un sufrimiento espiritual que podemos atender.

Algunas pautas que podemos destacar en este acompañamiento espiritual pasarían por:

- Mantener la identidad y dignidad del paciente. Este debe ser llamado por su nombre, vigilar su aseo, su aspecto y su comodidad. Ser atendido en sus angustias y dudas, ser mirado con estima y sin condiciones y ser tenido en cuenta en la toma de decisiones en cuestiones que le incumben.
- Crear un lugar libre, sereno y sin temores donde se sienta seguro y pueda recibir visitas.

- Valerse de la compasión entendida como la actitud que nos lleva a acercarnos con ternura y sensibilidad al sufrimiento del otro y a ayudarlo actuando con confianza, serenidad y coraje.
- Ayudarle a mantener el rol familiar y social, por ejemplo permitir al enfermo que pueda votar o compartir acontecimientos familiares; y darle a conocer los recursos de los que dispone.
- Permitirle disfrutar de las pequeñas cosas del día a día, escuchar el canto de los pájaros, una buena comida o tomar un baño de sol.
- El paciente necesita amar y ser amado. Necesita no sólo recibir sino también darse, tener una relación positiva con su entorno, con sus seres queridos y con los que le atienden. Las personas muy enfermas anhelan que las toquen, anhelan que las traten como personas vivas y no como enfermedades. Puede darse mucho consuelo a los enfermos sencillamente acariciándolos suavemente, acunándolos entre los brazos o respirando al mismo ritmo que ellos. El cuerpo tiene su propio lenguaje de amor.
- La escucha activa es posiblemente una de las herramientas más importantes en estos momentos en que se acerca el final. Se trata de provocar un espacio en el que el enfermo podrá formular sus angustias y sus dudas, sus esperanzas y sus temores, sus deseos y experiencias; escuchar con benevolencia la historia de una vida. Esta escucha no evita todo el sufrimiento, ni el luto, ni el trabajo de renacer, pero abre un pasillo humanizado y preserva la identidad de aquel que lo sufre.
- Proporcionar información sincera, sensible y con margen de esperanza; establecer una comunicación empática y activa.
- Facilitar ciertas gestiones de reconciliación como por ejemplo propiciar un encuentro con un miembro de la familia o un amigo o posibilitar una diligencia sacramental. Algunos pacientes expresan el deseo de vivir una confesión.
- Permitirle «poner en orden sus asuntos», redactar un testamento, arreglar unos papeles, tomar decisiones respecto a su funeral.... La cuestión es ayudar al enfermo a amar su vida; para aceptar mejor el perderla.
- Para satisfacer la necesidad del encuentro con lo trascendente, algunas técnicas potencialmente útiles son: facilitar la revisión de los

acontecimientos vitales más significativos, identificando los frutos de cada etapa. Esto puede realizarse por medio de fotografías, objetos queridos, etc.; identificar los asuntos pendientes no resueltos; leer conjuntamente algunos textos espirituales; proporcionar lecturas que puedan ser terapéuticas; para el creyente facilitar oraciones escritas, invitarle a rezar, orar conjuntamente, etc.; sugerir un tipo de música que pueda acompañar el proceso; meditaciones guiadas; promover la escritura creativa: diarios, testamentos espirituales para su gente, etc.

Las condiciones del apoyo espiritual según B. Millison son:

- Atreverse a comprometerse espiritualmente con el enfermo.
- Ser consciente de su propia espiritualidad, sea religiosa o no.
- No imponer sus propios valores espirituales al enfermo.
- Aceptar que alguien poco religioso llegue a ser más religioso en un momento de crisis.
- Alentar la demostración de la espiritualidad de los pacientes incluso si esta manifestación difiere o se opone a la suya.

### **3. FASES DE LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD TERMINAL**

Las observaciones de diferentes autores como las de la doctora KUBLER-ROSS han permitido establecer un esquema evolutivo de la adaptación al proceso Terminal, basado en los mecanismos de reacción o defensa que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal. Los pacientes parecen atravesar generalmente una serie predecible de etapas emocionales clásicas a veces difíciles de distinguir, que varían individualmente en duración e intensidad:

- **Negación y aislamiento.** El rechazo sirve de tapón tras un choque inesperado, como es un diagnóstico Terminal y proporciona tiempo para recogerse y movilizarse de nuevo. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial del hecho.

La mayoría de los pacientes pueden hablar brevemente de la realidad de su situación y de repente, manifestar su incapacidad para seguir viéndola de un modo realista.

La conducta más adecuada es la de no confrontar, ni reforzar la negación, nos comunicaremos por medio de preguntas abiertas.

Podemos decirle que cuando esté dispuesto para hablar de ello, nos lo comunique.

- **Ira y furor.** Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Se expresa proyectando estos sentimientos a los amigos, familiares y personal hospitalario.

Durante este periodo se convierte en un paciente difícil, quejumbroso y exigente, que descarga su cólera sobre los que le rodean. Los demás tenemos a tomar estos insultos como ofensas personales y a evitar aún más a tales enfermos. El paciente se pregunta. ¿Por qué a mí?.No solo él también sus familiares.Es importante nuestra tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente y nuestra capacidad de escucha. Dejando que estos enfermos desahoguen su ira, poco a poco se vuelven más exigentes, más amables y con frecuencia requieren menos medicación.

- **Negociación o pacto.** Es una etapa pasajera durante la cual el paciente parece estar en paz, pero en realidad está desarrollando toda una serie de contactos que se dirigen hacia lo sobrehumano, curanderos, promesas, milagros, etc.El significado psicológico de la negociación consiste en que el paciente tiene el valor de mirar de frente a lo que le acontece y pide que se le alargue la vida para poner sus cosas en orden, para concluir asuntos pendientes. Moviliza recursos internos para tener fuerzas en el final del viaje.

- **Depresión.** Indica la lucha con el sentido de una gran pérdida. Es una parte esencial y beneficiosa de la preparación para aceptar la muerte inevitable. Depende de la discrepancia entre los deseos del paciente, la preparación para



la muerte y las expectativas de quienes están en el entorno del enfermo. La depresión primero es activa: lamenta pérdidas pasadas (Pérdida de un pecho, incapacidad para los quehaceres cotidianos, etc.). Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompaña a la depresión. El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Se caracteriza por un pesar silencioso y preparatorio del duelo, ya no intenta ser sociable en absoluto, y llora las pérdidas futuras. Es una etapa difícil para los profesionales y los familiares; no debemos estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente, será absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes. Una forma de ayudar a estos pacientes es diciéndoles implícitamente o explícitamente que pueden llorar por la pérdida. Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de morir en una fase de aceptación y de paz.

- **Aceptación.** Se produce una vez se ha pasado por los anteriores estadios. El paciente, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. La aceptación se describe como la capacidad para contemplar la llegada de la muerte con un cierto grado de expectativa. Debido a la fatiga y a la debilidad el paciente, tiene periodos progresivos de sueño, comienza a comunicarse más de forma no verbal que verbal, puede entrar en coma, hay pocas emociones y quiere descansar. Siente paz y que su vida se ha acabado. Tristemente algunos pacientes nunca alcanzan una etapa de paz total, sino que más bien terminan enfadados, negativistas y luchando hasta su muerte. Son aquellos que no han sido capaces de superar las fases anteriores por falta de apoyo o por haber negado o evitado todas las experiencias dolorosas en sus vidas. Algunos se vuelven cada vez más molestos, haciendo la vida intolerable a sus familiares y aquellos que los cuida, por lo que requieren sedación.

#### **4. DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL**

Los derechos del paciente son concreción de los derechos humanos primordiales, que fundamentan también la reflexión sobre valores y principios en Bioética. Tienen derecho a (INTENSIVOS, 1996):

- Recibir un cuidado especializado con el fin de minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados.
- Obtener de sus médicos información acerca de su condición.
- Negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la ley.
- Ser visitados por sus seres queridos, sin que esto interfiera en las regulaciones de cada hospital.
- Recibir la asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo.
- Que se les ayude en gestiones de orden legal o personal que consideren importantes en su situación vital.
- Que toda información relativa al cuidado de su enfermedad sea tratada como confidencial.
- Ser atendidos en forma personalizada, con especial referencia al trato respetuoso y considerado.

Las enfermeras deben velar por el cumplimiento total cabal de estos derechos por parte de todos los profesionales que se encuentren relacionados con el paciente. (MARTA)

#### **III. LA TEORIA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA, CORNELIA M. RULAND - SHIRLEY M. MOORE**

La teoría del final tranquilo de la vida (FV) está conformada por varios MARCOS TEORICOS. La cual se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian; de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. (CORNELIA RULAND, 1998)

Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de microrango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria.

Un segundo puntual teórico es la teoría de la preferencia (Brandt, 1979) que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida, un concepto importante para la investigación y la práctica del FV. En la teoría de la preferencia, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del FV; la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios.

Esta teoría es un ejemplo de desarrollo inicial de una teoría intermedia utilizando un estándar de la práctica como fuente.

## **1. CONCEPTOS PRINCIPALES & DEFINICIONES**

- **Ausencia de dolor:** la parte fundamental de la experiencia del FV de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión histica potencial o real (Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995; Pain terms, 1979).
- **Experiencia de bienestar:** El bienestar se define de forma general, usando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba (1991), como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera” (Ruland y Moore, 1998, p.172).

- **Experiencia de dignidad y respeto:** todo paciente terminal se “respeta y se aprecia como un ser humano” (Ruland y Moore, 1998, p.172). Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección (United States, 1978).
- **Estado de tranquilidad:** la tranquilidad es un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo” (Ruland y Moore, 1998, p.172). Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.
- **Proximidad de los allegados:** la proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan” (Ruland y Moore, 1998 p.172). Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.

## 2. METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORIA

La teoría del final tranquilo de la vida viene de un estándar de cuidados que ha sido descrito por un grupo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema práctico. Los conceptos del metaparadigma son inherentes al fenómeno de enfermería tratado, el cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un final de la vida tranquilo.

En esta teoría encontramos dos supuestos principales:

### ❖ Principales supuestos

- Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final tranquilo de la vida son personales e individuales.

- El cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan las experiencias del FV de la persona e interviene de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

### ❖ **Supuestos implícitos**

- La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final tranquilo de la vida.
- El objetivo del cuidado del final tranquilo de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido en que debe ser el mejor tratamiento y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo es decir, sino maximizar el tratamiento, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

## **3. AFIRMACIONES TEORICAS**

Se identificaron 6 postulados con relaciones explícitas (Ruland y Moore, 1998) como afirmaciones teóricas para esta teoría:

- Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.
- Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
- Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.

- Proporcionar apoyo emocional, contra y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
- Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan.
- Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida.

#### **IV. ASPECTOS BIOÉTICOS**

##### **Deberes éticos para con el paciente Terminal**

##### **1. Preparar al paciente para enfrentar la muerte con dignidad: respeto a la autonomía**

Es éste uno de los cometidos de todo el equipo sanitario, pero especialmente de la enfermera, que deberá realizarlo de acuerdo con la familia y con las sucesivas etapas emocionales de adaptación, que se presentan en mayor o menor medida en todos los casos: deseos de conocer o de confirmación del diagnóstico, shock con fuerte conmoción interna, fase de negación, enfado, negociación o pacto, depresión, resignación y aceptación final. (Cornago, 2006)

El médico debe informar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, pero es misión de la enfermera comprobar que el paciente lo ha entendido, y ayudarlo a asimilar la información.

En los actuales Códigos de ética de Enfermería está muy presente la importancia de la actuación directa de la enfermera para resolver los problemas éticos que se presentan en la atención, en su papel de promover la autonomía del paciente: “a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona que es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería” (Enfermería, 2001).

“La enfermera debe verificar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos”.

También puede superar la barrera de distancia que con frecuencia se interpone entre los médicos y los pacientes, y establecer un diálogo con tiempo suficiente para desarrollar una relación de ayuda, que normalmente el médico no puede realizar.

Los pacientes terminales experimentan una serie de inquietudes con preguntas que en ocasiones no se atreven a hacer ni a sí mismos; temores que expresarán en la medida en que encuentren enfermeras a su lado que sean sensibles y comprendan lo que subyace en sus comentarios y dudas; dependencias físicas y psíquicas que pueden desmoralizarles y hacerles perder su propia autoestima y dignidad personal. En definitiva buscan encontrar un sentido a lo que les ocurre, precisamente a ellos.

Pueden y deben encontraren las enfermeras que les atienden una gran ayuda para adaptarse a ese proceso del morir, a esa despedida de sus seres queridos, antes de entrar en la inconsciencia. Y las enfermeras deben estar preparadas, profesionalmente también, para prestar este cuidado plenamente humano, en condiciones más difíciles de atención al paciente.

En definitiva, se trata de saber disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad. Para esto se necesita resolver una serie de puntos:

- Lo primero es que el paciente sepa que se está muriendo. De este modo podrá resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o

simplemente despedirse. Se tiende con excesiva frecuencia a ocultar el diagnóstico por parte de la familia, con la aquiescencia del médico, y es deber de la enfermera en esos casos intervenir a favor del propio paciente con prudencia, pero con claridad. Puede haber excepciones, pero no deben convertirse en la regla general.

- Es necesario que el enfermo pueda seguir siendo, en cierto modo, agente, y no mero paciente. Por ello debe intervenir en las decisiones sobre su enfermedad o sobre su persona. Es tarea de la enfermera comprobar que efectivamente ha comprendido la información dada por el médico, antes de que el paciente firme el protocolo de consentimiento, si no lo ha hecho en la consulta, como suele ser frecuente. En gran parte depende de las enfermeras que el consentimiento sea un proceso de información y no un mero trámite burocrático.

Hay que preservar en la medida de lo posible la autonomía y autocontrol del paciente. La sensación de menor dignidad resulta de la excesiva dependencia y la pérdida de control de las funciones orgánicas.

- Deberá mantener en la medida de lo posible ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales. Sentirse persona implica ser capaz de relacionarse.

- Se debe proteger la pérdida de la imagen corporal. Hay que evitar que el enfermo se sienta desfigurado o depauperado. Muchas veces esos cuidados los realizará la propia familia o auxiliares, pero la enfermera debe supervisarlos.

- Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual si lo desea, y la enfermera puede facilitar al paciente o a sus familiares la información. En este sentido, solamente apuntaremos que no debe confundirse el “morir con dignidad” o el “derecho a una muerte digna” con la eutanasia, con decidir el momento de la propia muerte. Es un debate diferente.



## **2. Ética del tratamiento paliativo del dolor**

Cuando ya no es posible curar al paciente, queda en primer plano el aliviar su sufrimiento, que es éticamente obligatorio y justifica plenamente las actuaciones paliativas (Espejo, 1997), que son válidas si consiguen tal finalidad.

La enfermera que trata enfermos en situación terminal tiene obligación de estar bien entrenada en el manejo de los diversos niveles de analgesia y aplicar en cada caso el conveniente para la situación del enfermo. Si no consigue un eficaz control del dolor o se requieran técnicas especializadas debe poner al enfermo en manos del especialista médico indicado.

Cuando el enfermo se encuentra moribundo y el objetivo es conseguir el máximo control del dolor, se pueden utilizar pautas de sedación en las que exista la capacidad de despertar y llevar o seguir una conversación lúcida. Existe la obligación ética de no privar de la conciencia de sí mismo sin verdadera necesidad. Sin embargo, cuando se pretende la supresión de la sensación dolorosa, si existen motivos serios, se puede evitar el dolor, aunque lleve consigo una supresión o disminución de la conciencia. Si de la aplicación de algún fármaco se siguiera un acortamiento de la vida como efecto no buscado, no habría tampoco inconveniente en administrarlo.

Algunos autores anotan que los opiáceos, por su efecto depresor del centro respiratorio, podrían facilitar la aparición de infecciones respiratorias. Por el contrario, otros señalan que globalmente alargan el tiempo de vida: “evidencias circunstanciales, sugieren que el uso correcto de la morfina prolonga la vida del paciente con cáncer en la medida en que se ve libre del dolor, en mejor situación para descansar, dormir y comer y, generalmente, se siente y está más activo” (Gómez, 2002)

En resumen, lo que se pretende es dar la atención adecuada al enfermo, que le lleve a tener la mejor calidad de vida posible en un ámbito hospitalario o, mejor aún, en su propio domicilio, evitando la angustia y soledad.

### **3. El empleo de medios terapéuticos “desproporcionados”**

¿Hasta qué punto hay que agotar con un enfermo todos los medios terapéuticos? ¿Es ético emplear curas costosas y difíciles aunque den solo una pequeña esperanza de éxito? ¿Es obligatorio poner todos los medios disponibles en cada caso, para mantener a un enfermo en vida el mayor tiempo posible? ¿Se puede o se debe prolongar artificialmente la vida?

No siempre hay que recurrir a toda clase de remedios posibles. Hasta ahora se hablaba de remedios “ordinarios” o “extraordinarios” para mantener la vida. Ahora, por la imprecisión del término y los rápidos progresos de la terapia, se prefiere hablar de medios “proporcionados” y “desproporcionados”.

Para realizar el juicio de proporcionalidad habrá que tener en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios, y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales. (Torre, 2006)

Con estos elementos habrá datos suficientes para decidir un tratamiento que prolongue la vida o para conformarse con los medios paliativos que la Medicina puede ofrecer, sin caer nunca en el encarnizamiento terapéutico. Entre los profesionales de enfermería que se dedican a los cuidados paliativos, parece que estos dilemas están en parte resueltos en las guías clínicas.

Aplicando el principio terapéutico o de beneficencia, que lleva a enjuiciar cada situación buscando el bien del enfermo, y el principio de autonomía, que lleva a respetar el derecho del paciente a intervenir en la toma de decisiones sobre el tratamiento a realizar, se puede encontrar una solución ética para cada situación concreta.

Las decisiones sobre proporcionalidad tiene que tomarlas el médico, pero ya comentamos que la tarea de la enfermera es proporcionar los datos necesarios

de la valoración subjetiva del paciente o la familia sobre las decisiones, así como los aspectos clínicos que desde enfermería piense deben tenerse en cuenta. La enfermera debe estar presente en esta toma de decisiones que no le competen exclusivamente al equipo médico. Está claro que cuando el paciente está en situación irreversible, no hay que agotar todos los medios terapéuticos, que no es ético el encarnizamiento terapéutico, que no es finalidad de la medicina mantener a un paciente con vida el mayor tiempo posible, sino por el contrario ayudar a que tenga la mayor calidad de vida posible en esos momentos finales de su vida.

Y aquí entran los cuidados paliativos como función primordial de la enfermera, junto a los demás profesionales, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, fisioterapeutas.

La enfermera es, en los servicios de salud, la que lleva directamente la gestión de los cuidados. Por tanto, debe unificar la gestión de los cuidados paliativos y participar previamente en las decisiones sobre limitación de tratamientos, para conseguir que efectivamente se comiencen los cuidados paliativos cuando son necesarios, sin que se produzca abandono del paciente, velando porque se respeten sus derechos.

### **2.3. Definición operacional de términos**

- **Actitud:** es la predisposición que tiene la enfermera cuando brinda la atención a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la cual es obtenida a través de la aplicación de una escala tipo lickert.
- **Enfermera:** es la profesional de enfermería encargada de brindar cuidados a los pacientes terminales del INEN.
- **Paciente oncológico en fase terminal:** es la persona que padece algún tipo de cáncer en estadio avanzado y al cual le queda poco tiempo de vida.

- **Necesidades del enfermo:** son las carencias físicas, psicológicas y espirituales de los pacientes que se encuentran en una etapa terminal de su enfermedad.

## **2.4. Planteamiento de la hipótesis**

- Las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según sus necesidades físicas, son de indiferencia.
- Las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según sus necesidades psicológicas, son de indiferencia.
- Las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según sus necesidades espirituales, son de indiferencia.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

- ❖ Según la tendencia: cuantitativa, ya que la variable se va midió a través de un cuestionario tipo lickert.
- ❖ Según la orientación: ciencias médico sociales
- ❖ Según el tiempo de ocurrencia: prospectiva, ya que se estudiará el fenómeno de aquí en adelante.
- ❖ Según el periodo y la secuencia: transversal, ya que se hizo un corte en el tiempo para estudiar el fenómeno.
- ❖ Según el análisis y alcance de los resultados: descriptiva, ya que se buscó conocer y describir las actitudes de la enfermera.
- ❖ Diseño: Sin intervención, ya que no se manipuló la variable solo se buscó describirla.

### **3.2. Lugar de estudio**

La presente investigación se ejecutó en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

### **3.3. Población de estudio**

La población estuvo conformada por todas las enfermeras que laboran en las áreas de hospitalización 3RO ESTE, 4TO OESTE, 6TO OESTE, del INEN.

### **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis fueron las enfermeras que desarrollan labor asistencial en el INEN.

### **3.5. Muestra y muestreo**

La muestra se obtuvo a través de un muestreo probabilístico de tipo estratificado.

### **3.6. Criterios de selección**

#### **3.6.1. Criterios de inclusión:**

- Enfermeras que aceptaron participar en el estudio.
- Enfermeras que desempeñan labor asistencial.
- Enfermeras que laboran en las áreas de hospitalización.
- Enfermeras que tuvieron como mínimo un año de desempeño laboral.

#### **3.6.2. Criterios de exclusión:**

- Enfermeras que no aceptaron participar del estudio.
- Enfermeras con experiencia laboral menor a un año.
- Enfermeras que desempeñan labor administrativa.
- Enfermeras que laboren en las áreas de consulta externa.

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento empleado para la recolección de datos fue una escala de tipo Lickert elaborada en base a la teoría de ROOLAND Y MOORE, la cual fue sometida a juicio de 5 expertos para obtener su validez.

### **3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información.**

Los análisis estadísticos de los resultados de la aplicación del instrumento final se efectuaron mediante el programa SPSS (paquete estadístico versión 8.1).

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

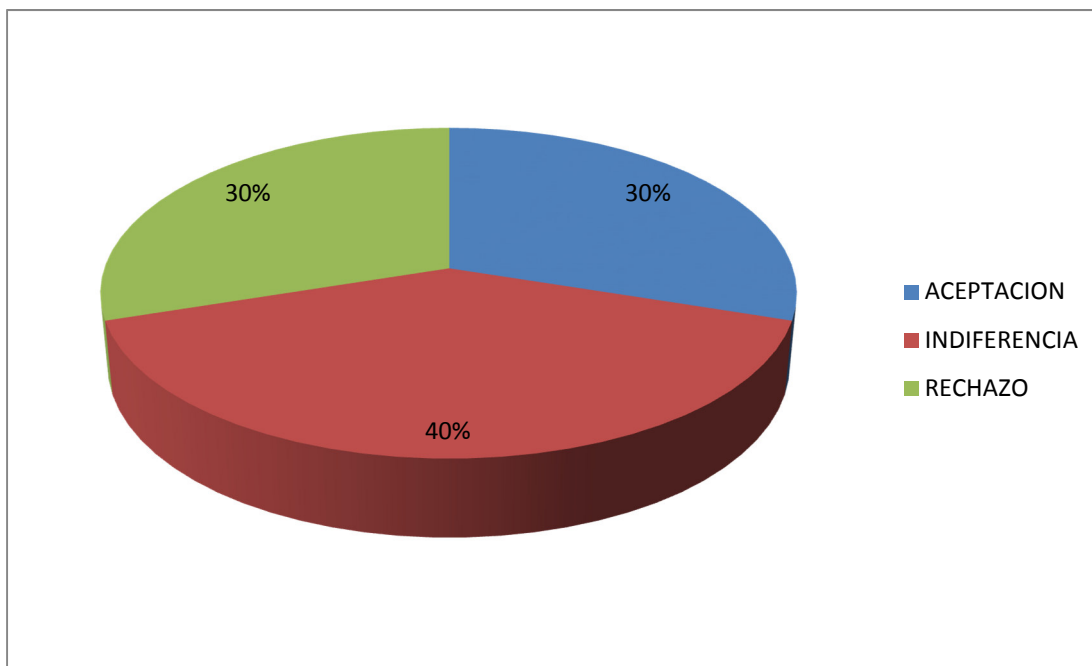
### **4.1. Resultados**

En cuanto a los datos generales de las enfermeras(os) de los servicios seleccionados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 100% (20), referente al sexo el 100% (20) son de sexo femenino; de acuerdo al tiempo de servicio en el área, 65% (13) tienen de 1 a 5 años, 25% (5) tienen de 6 a 10 años y el 10% (2) tienen más de 10 años; según el grado de especialista, solo el 30% (6) tiene la especialidad de Enfermería Oncológica y el 70 % (14) no tiene especialidad o se encuentra cursando los estudios.

Por lo que podemos evidenciar que la totalidad de profesionales de enfermería encuestados son del sexo femenino, tienen entre 1 a 5 años trabajando en la institución, y solo una minoría tiene la especialidad en Enfermería Oncológica.



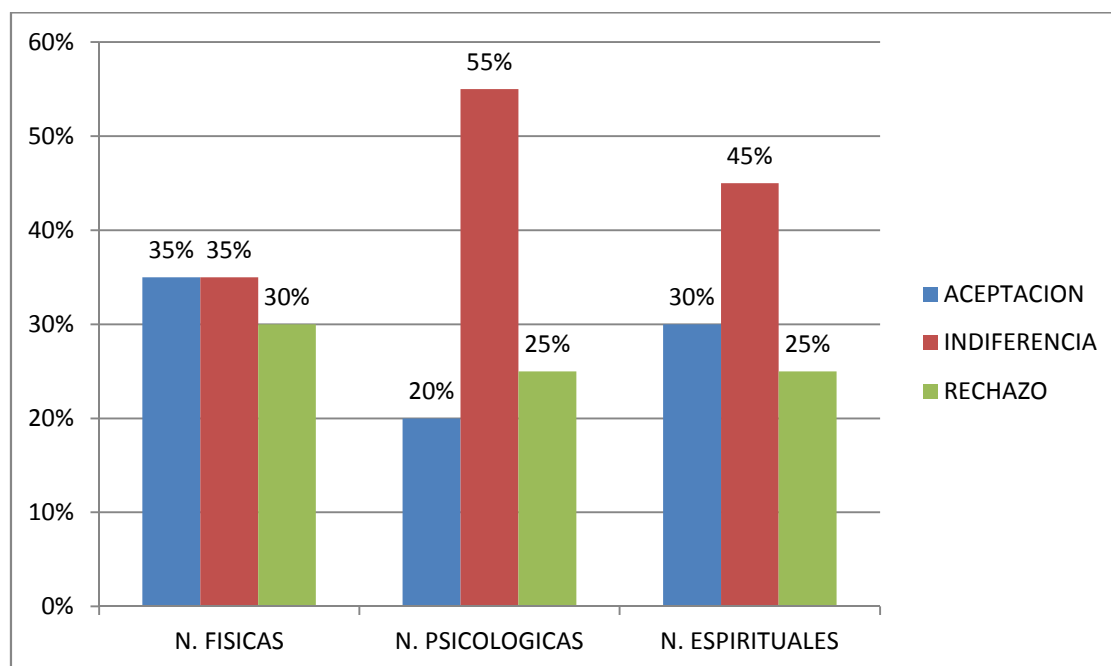
**GRÁFICO 1**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en**  
**fase terminal según necesidades del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

Con respecto al resultado global acerca de las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal se observa que, de un total de 20 (100%) enfermeras encuestadas, 8 (40%) muestran una actitud de indiferencia hacia el paciente oncológico en fase terminal, 6 (30%) enfermeras muestran una actitud de aceptación y otras 6 (30%) de ellas presentan una actitud de rechazo.

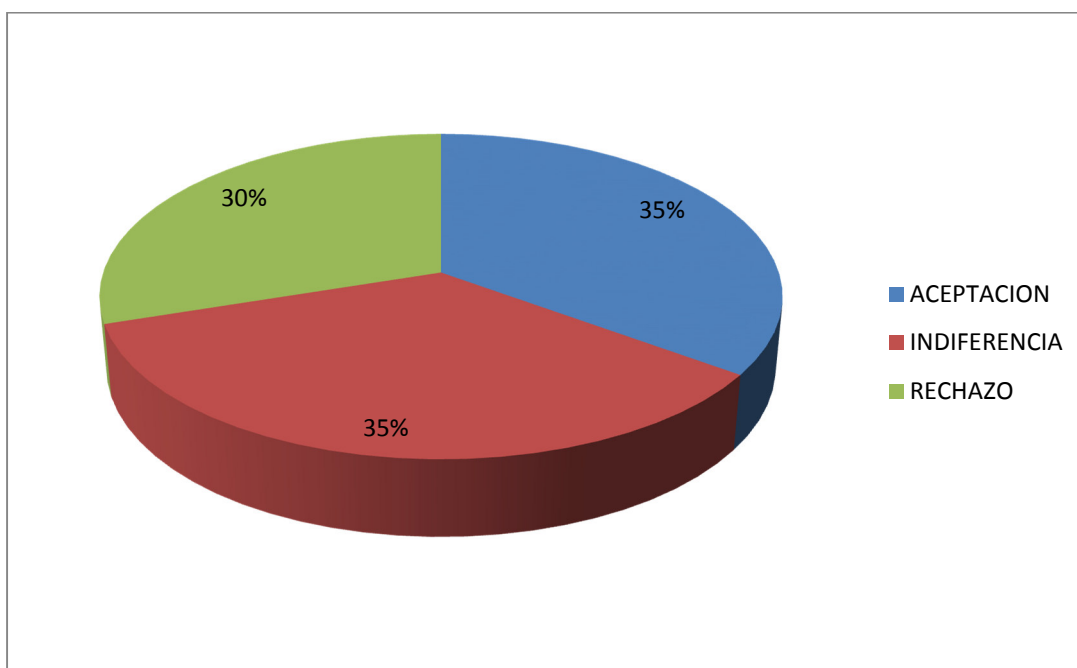
**GRÁFICO 2**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase Terminal**  
**según las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del enfermo del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas,**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente oncológico en fase terminal, se tiene que, las necesidades físicas muestran mayor aceptación (30%) que las necesidades psicológicas y espirituales. De las cuales, las necesidades psicológicas presentan mayor indiferencia (55%), con tendencia al rechazo.

**GRÁFICO 3**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase**  
**terminal según necesidades físicas del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**

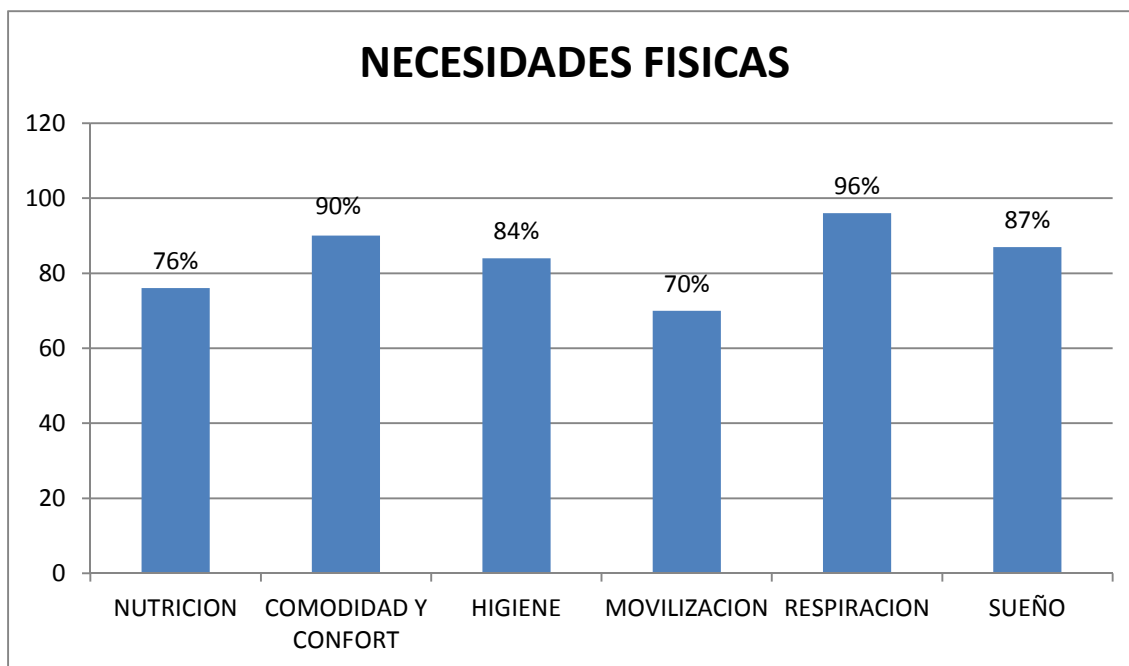


FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las necesidades físicas del paciente, se tiene que 7 (35%) enfermeras muestran una actitud de aceptación, sin embargo un mismo número de enfermeras 7 (35%) se inclina hacia una actitud de indiferencia.

Por último, se tiene que un menor porcentaje de enfermeras 6 (30%), muestra una actitud negativa o de rechazo hacia las necesidades físicas del paciente.

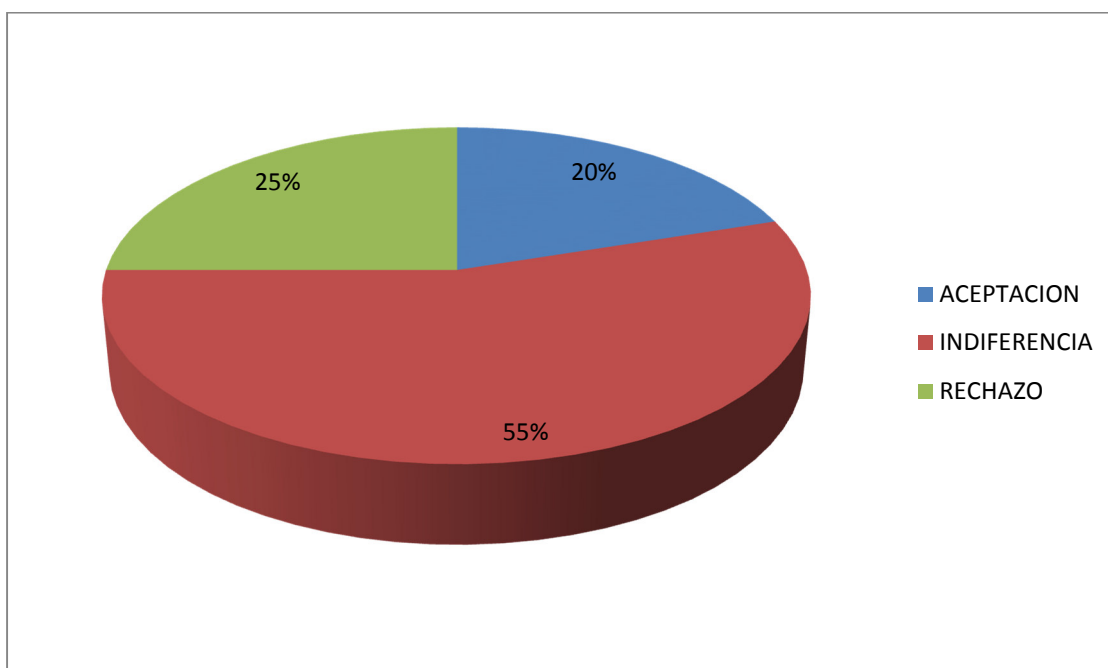
**GRÁFICO 4**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal**  
**según dimensiones de las necesidades físicas del enfermo, del Instituto**  
**Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las dimensiones de las necesidades físicas del paciente, se tiene que; la dimensión más atendida es la de respiración, representada por un 96% de aceptación. Sin embargo, se puede evidenciar que la dimensión con mayor rechazo por parte de las enfermeras es la de movilización, representado por un menor porcentaje de aceptación (70%).

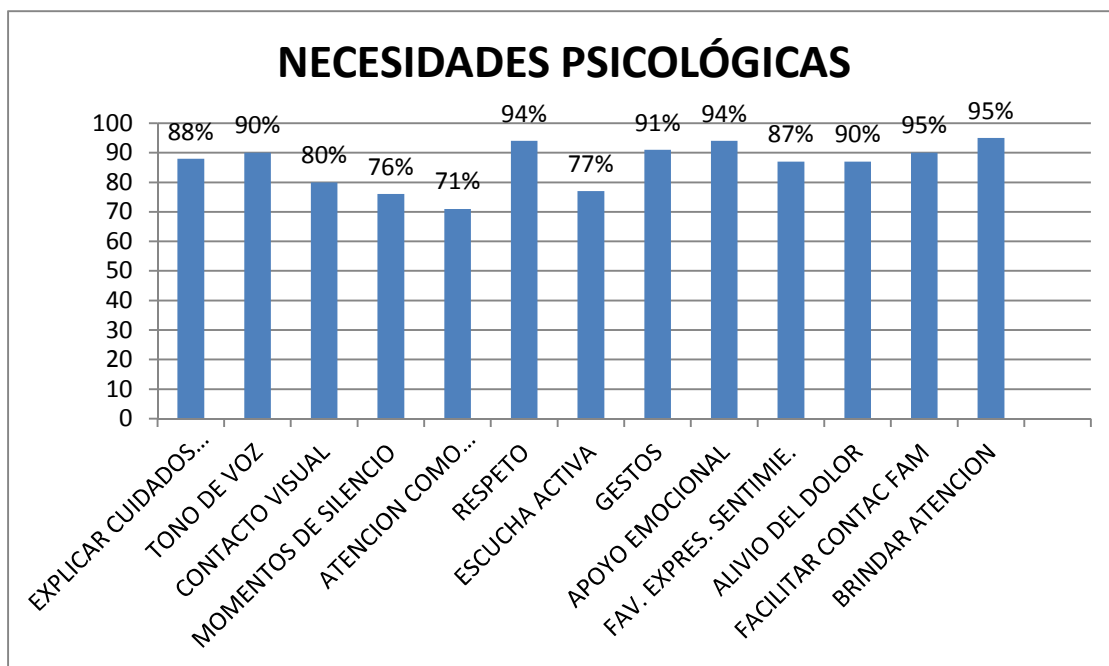
**GRÁFICO 5**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase**  
**terminal según necesidades psicológicas del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las necesidades psicológicas del paciente, se tiene que más de la mitad de enfermeras encuestadas, 11 (55%) muestra una actitud de indiferencia hacia esta dimensión. Seguido de 5 (25%) enfermeras que muestran una actitud de rechazo y solo 4 (20%) enfermeras muestran una actitud de aceptación hacia la dimensión psicológica del paciente.

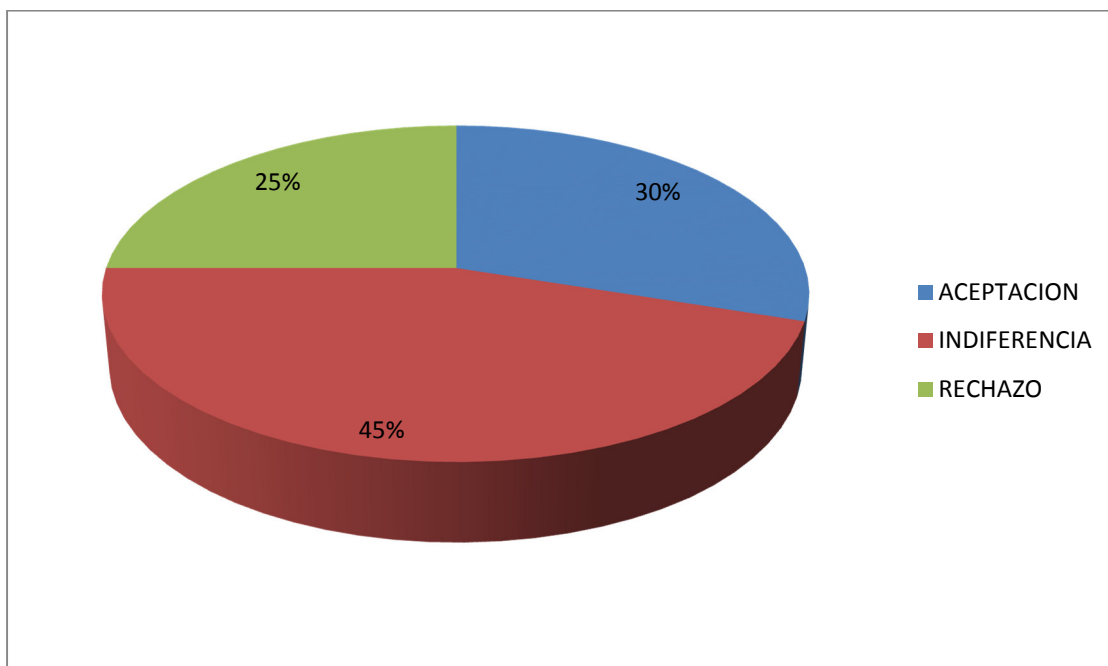
**GRÁFICO 6**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal**  
**según dimensiones de las necesidades psicológicas del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las dimensiones de las necesidades psicológicas del paciente, se tiene que; dentro de las dimensiones más atendidas encontramos la atención al paciente moribundo, representado por un 95% de aceptación, así como, el facilitar el contacto con el familiar, con el mismo porcentaje de aceptación. Mientras que, las dimensiones menos aceptadas o con mayor rechazo son la atención del paciente terminal como sobrecarga con un 70% de aceptación, así mismo, la escucha activa con un 77% de aceptación.

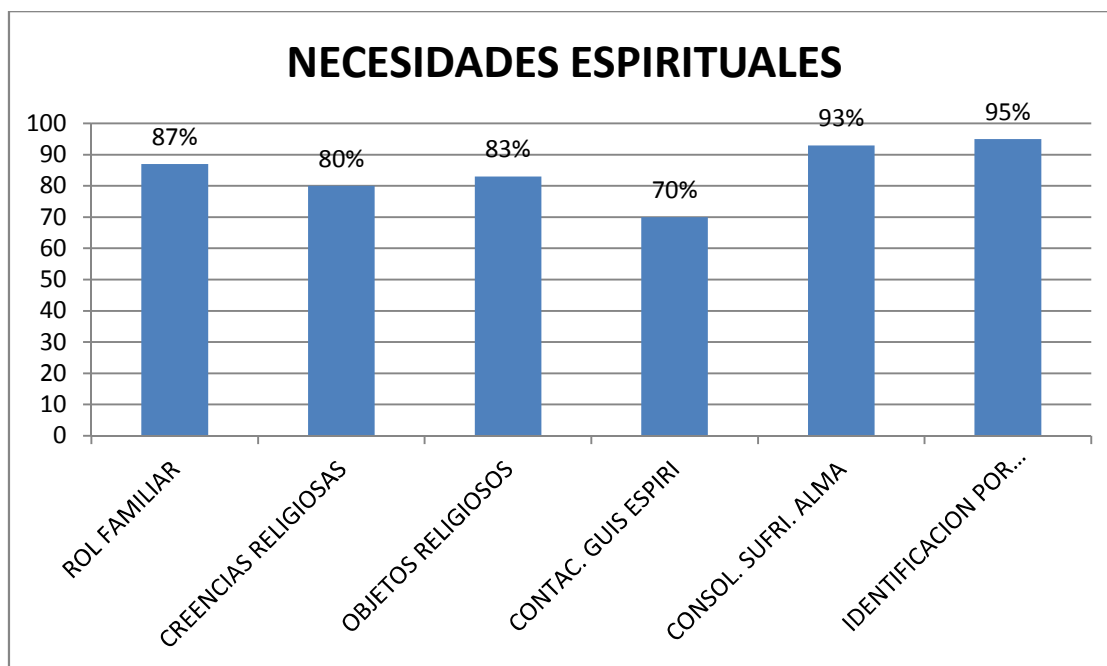
**GRÁFICO 7**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase**  
**terminal según necesidades espirituales del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las necesidades espirituales del paciente, se tiene que la mayoría de enfermeras encuestadas 9 (45%) muestra una actitud de indiferencia hacia el aspecto espiritual del paciente. Seguido de 6 (30%) enfermeras que muestran una actitud de aceptación y solo la cuarta parte de enfermeras muestra una actitud de rechazo hacia esta dimensión.

**GRÁFICO 8**  
**Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal**  
**según dimensiones de las necesidades espirituales del enfermo, del**  
**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**  
**Lima – Perú**  
**2016**



FUENTE: Encuesta aplicada a enfermeras del INEN

En relación a las dimensiones de las necesidades espirituales paciente, se tiene que; la dimensión más atendida es la de identificar al paciente por su nombre, representado por un 95% de aceptación. Por el contrario la dimensión menos atendida es la establecer un contacto con el guía espiritual, representado por un porcentaje de aceptación equivalente a un 70%.



## **4.2. Discusión**

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Ruland y Moore señalan que el cuidado de enfermería al paciente terminal es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Afirman que las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan las experiencias del final de la vida de la persona e interviene de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

El objetivo del cuidado no es optimizar el cuidado en el sentido en que debe ser el mejor tratamiento y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo es decir, sino maximizar el tratamiento, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

Sin embargo, por las responsabilidades inherentes a su profesión, la enfermera continuamente enfrenta la realidad de la muerte de otras personas. Este acercamiento genera emociones y sentimientos de difícil manejo: confusión, dolor, pérdida de esperanza, miedo, rabia, agotamiento, soledad, necesidad de escapar, sensación de ser intrusos, deseos de evitar al enfermo y a la familia, fuertes deseos de que el enfermo se alivie y viva, junto con deseos igualmente fuertes de que ya muera (Reyes, 1996).

La situación del paciente que atraviesa una agonía invadida de dolor, tanto emocional como física, puede despertar en ella inquietudes, ansiedades e impotencia, ya que por un lado de forma inconsciente, le supone enfrentarse a su propia muerte, aumentando sus temores personales sobre ésta, y por el otro lado, el aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de la atención sanitaria, que es conservar la salud y la vida.

Yague y García (1994) señalan que la presencia de la muerte remueve también las actitudes del personal de enfermería y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo.

Por lo mencionado, se considera importante develar las actitudes que tienen los profesionales de enfermería hacia la atención del paciente oncológico en fase terminal, cuyos resultados muestran que la mayoría de enfermeras tienen una actitud de indiferencia hacia las necesidades del paciente oncológico en fase terminal. Lo referido, nos induce a pensar en la posibilidad de la existencia de factores socioeconómicos, culturales y experiencias previas frente a la interacción con pacientes terminales, que inciden sobre las actitudes de las enfermeras, las que deben ser estudiadas en futuras investigaciones.

Éstos resultados corroboran lo que afirma Flores Benito y Yuliana Carina (2013) en su estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue, Lima, donde Del 100% (50) de enfermeras encuestadas, 42%(21) tienen actitud de indiferencia, 32%(16) de aceptación y 26%(13) de rechazo hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal. Así como los resultados de la investigación realizada por Jenifer Salazar (2014), cuya conclusión indica que la actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología en la UNMSM, el mayor porcentaje refieren que es de indiferencia; porque al atender a un paciente terminal evitan pensar que pueden morir durante el turno y que la muerte del paciente terminal es un hecho natural que forma parte de la vida; es de aceptación ya que les agrada dar palabras de tranquilidad durante sus últimos momentos de vida; y es de rechazo debido a

que están en totalmente en desacuerdo que la familia no permanezca junto al paciente terminal.

Referente a las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades físicas del paciente oncológico en fase terminal; tenemos que, la mayoría de las enfermeras adoptan un actitud de aceptación, dentro de la cuales prioriza el hecho de mantener la vía aérea permeable y brindar comodidad y confort al paciente. Hecho que está estipulado en los Derechos del Paciente Terminal: “Recibir un cuidado especializado con el fin de minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados”

Sin embargo un buen porcentaje de enfermeras muestran actitudes de indiferencia y rechazo hacia acciones como: considerar el cambio de posición aún si el paciente está en proceso de morir, así mismo, preservar la nutrición del paciente por cualquiera de las vías. Lo que estaría evidenciando una deficiencia de conocimientos acerca de los cuidados que se le brindan, hasta el último de sus días, al paciente terminal.

Referente a las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades psicológicas del paciente oncológico en fase terminal; tenemos que, más de la mitad de enfermeras adoptan un actitud de indiferencia con tendencia hacia el rechazo, debido a que están en desacuerdo de considerar la atención del paciente moribundo como una sobrecarga y de procurar momentos de silencio para que el paciente se exprese.

El apoyo psicoemocional que le podemos brindar a un enfermo terminal se basa en nuestra compañía, acompañarle en este proceso físico, psicoemocional, social y espiritual de la enfermedad.

Según Abrham Maslow, a medida que la persona logra controlar sus necesidades fisiológicas, logrará satisfacer sus necesidades psicoemocionales. Lo que podría justificar que la tendencia sea a priorizar las necesidades físicas, dejando de lado las necesidades psicoemocionales.

Sin embargo, otro grupo de enfermeras muestran una actitud de aceptación, frente a hechos como: brindar apoyo emocional, facilitar el contacto con el familiar del paciente, cuidar al paciente moribundo con el mismo respeto con que se cuida al resto de pacientes. Al respecto Ruland y Moore señalan que el proporcionar apoyo emocional, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.

Referente a las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades espirituales del paciente oncológico en fase terminal; tenemos que la mayoría de enfermeras tienen una actitud indiferencia. Que se pone en manifiesto en hechos como considerar irrelevante establecer contacto con el guía espiritual del paciente. Para la OMS, lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales.

No existe evidencia apropiada que determine cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual. Tampoco se dispone de estudios con el diseño apropiado para medir el impacto de la intervención sobre el sufrimiento espiritual, pero en lo que la literatura consultada coincide es en la importancia de tener en cuenta esta dimensión por sus repercusiones en el bienestar general y calidad de vida del paciente terminal.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- La mayoría de enfermeras muestran una actitud de indiferencia hacia las necesidades física, psicológica y espiritual del paciente oncológico en fase terminal.
- En relación a las necesidades físicas del paciente, las enfermeras muestran una actitud de aceptación, priorizando las necesidades de respiración y de comodidad y confort.
- En relación a las necesidades psicológicas del paciente, la mayoría de enfermeras muestra una actitud de indiferencia con tendencia al rechazo, hacia acciones como: considerar la atención del paciente terminal como una sobrecarga y mantener una escucha activa.
- En relación a las necesidades espirituales del paciente, se tiene que; la mayoría de enfermeras muestra una actitud de indiferencia, hacia acciones como: establecer contacto con el guía espiritual. Sin embargo un grupo considerable de enfermeras muestra una actitud de aceptación, hacia acciones como: identificar al paciente por su nombre y consolar el sufrimiento del alma.

## **5.2. Recomendaciones**

- Realizar un estudio con enfoque cualitativo acerca de los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en las actitudes de las enfermeras.
- Sensibilizar al personal de enfermería y de salud, acerca de la importancia de la atención a necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente oncológico en fase terminal.
- Se recomienda a la Lic. Vilma Díaz, Jefa del Departamento de Enfermería del INEN, elaborar indicadores de cuidado que abarquen las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de los pacientes en fase terminal, para garantizar su cumplimiento.

## **5.3. Limitaciones**

- Los resultados del estudio solo pueden ser aplicados en servicios con características similares a la población de estudio.
- El trámite administrativo en la Institución donde se ejecutó el estudio es largo y engorroso por lo que, se prolongó el tiempo previsto en el proyecto.
- La carga laboral de las enfermeras que laboran en la institución es alta, lo que se tradujo en una muestra reducida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (s.f.).
- AIGNEREN, M. (s.f.). TECNICAS DE MEDICION POR MEDIO DE ESCALAS.
- Carrillo, Y. (2010). *notas sobre enfermería*. España.
- Cornago, A. (2006). *El paciente terminal y sus vivencias*. Santander.
- CORNELIA RULAND, S. M. (1998). *MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA*. BARCELONA: ELSEVIER.
- ENFERMERAS, C. I. (2006). *CÓDIGO DE ÉTICA DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA*. GINEBRA.
- Enfermería, C. I. (2001). *Código de ética para enfermeros y enfermeras de México*. México DF.
- ENFERMERÍA, C. I. (2000). *LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA QUE DISPENSA LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES MORIBUNDOS Y A SUS FAMILIAS*.
- Espejo, D. (1997). *Los cuidados paliativos*. Madrid: Mosby-Doyma.
- FERNANDO ABELLAN, S. C. (2007). *ENFERMERÍA Y PACIENTE*. GRANADA.
- FRANCISCO BUIGUES, J. T. (2009). *PACIENTE TERMINAL*. Chile.
- GLOBOCAN. (2012). *AGENCIA INTERNACIONAL DEL CÁNCER: MORTALIDAD POR CÁNCER*.
- Gómez, R. (2002). *Ética en Medicina Crítica*. Madrid.
- INTENSIVOS, C. M. (1996). *DECLARACIÓN DE ÉTICA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS*. MADRID.
- JEAN, L. (2000). *GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS*. PARIS: EDICIONES MÉDICAS.
- MARTA, F. *PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LA ENFERMERÍA EN LA TERMINALIDAD*.
- OMS. *GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA EN PACIENTE TERMINAL*.
- Patterson, J. (1979). *Enfermería Humanística*. México: Limusa.
- R, C. (1993). Atención al enfermo terminal. *Trabajo en equipo* , 56-58.
- RODRIGUEZ, A. (1991). *PSICOLOGÍA SOCIAL*. MEXICO.
- SANZ, N. (2012). *CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS*. SECPAL.
- Torre, J. D. (2006). *La limitación del esfuerzo terapéutico*. Madrid.

- TORRES, A. C. (2002). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA*. LA HABANA: ECMED.
- YOUNG, K. (1967). *PSICOLOGÍA DE LAS ACTITUDES*. BUENOS AIRES: PAIDÓS.

## **ANEXOS**

- A. TABLAS
- B. ENCUESTA
- C. MATRIZ DE CONSISTENCIA
- D. CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE



**TABLA 1. SEXO DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN LOS  
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN  
LIMA – PERÚ  
2016**

SEXO	ENFERMEROS	
	Nº	%
• FEMENINO	20	100%
• MASCULINO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**TABLA 2. EDAD DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS  
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN  
LIMA – PERÚ  
2016**

EDAD	ENFERMEROS	
	Nº	%
• 20 – 30	13	65%
• 31 – 50	5	25%
• >50	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**TABLA 3. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS  
QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INEN  
LIMA – PERÚ  
2016**

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	ENFERMEROS	
	Nº	%
• 1 - 5	13	65%
• 6 – 10	5	25%
• >10	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

## ANEXO A

### ESCALA LIKERT

#### I. PRESENTACIÓN:

Estimada Licenciada (o):

Mi nombre es Vannia Yacquelín Arenas Quesquén, soy alumna de la especialidad de Enfermería oncológica de la U.N.M.S.M.; me es grato dirigirme a Ud. para hacerle llegar el presente instrumento, el cual ha sido elaborado con la finalidad de conocer su opinión acerca de las "Actitudes hacia el paciente oncológico en fase terminal" apelando a su absoluta sinceridad, le agradezco anticipadamente su colaboración, respondiendo a todos los enunciados.

#### II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados, seguido de una columna de cinco categorías: Totalmente de Acuerdo (TA), De acuerdo (A), Indeciso (I), En Desacuerdo (D) y Totalmente en desacuerdo (TD) a los cuales deberá ud. responder con un aspa (X) según considere la respuesta. Por ejemplo:

ENUNCIADO	TD	A	I	D	TD
1. Los niños prematuros tienen mayor riesgo de contraer infecciones.	X				

#### III. DATOS GENERALES

1. Años de experiencia profesional:..... años
2. Edad: ..... años
3. Sexo: F ( ) M ( )
4. Título especialista: Si ( ) No ( )  
En caso afirmativo indique denominación:.....
5. Grados académicos: Si ( ) No ( )  
En caso afirmativo indique denominación:.....

ENUNCIADO	TA	A	I	D	TD
1. Considero importante explicarle los cuidados que le estoy brindando aunque este no me escuche					
2. No considero importante mantener un tono de voz adecuado.					
3. Mantengo contacto visual con el paciente.					
4. Es importante ayudar a mantener el rol familiar y social.					
5. No es importante indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo.					
6. Es esencial preservar la nutrición del paciente por cualquiera de las vías.					
7. Procuro momentos de silencio para que el paciente se exprese.					
8. No considero la atención del paciente moribundo como una sobrecarga.					
9. Es importante conservar los objetos religiosos del paciente.					
10. Es importante brindar comodidad y confort al paciente moribundo.					
11. Cuido al paciente moribundo con el mismo respeto con que cuido a los demás pacientes.					
12. Considero irrelevante establecer un contacto con el guía espiritual del paciente.					
13. Dada la condición del paciente considero que su higiene no es necesaria.					
14. Me resulta difícil mantener una escucha activa cuando el paciente me habla.					
15. Mis gestos no son coherentes con lo que quiero expresar.					
16. Considero como parte importante de mi intervención consolar el sufrimiento del alma.					
17. No considero importante brindar apoyo emocional.					
18. Es necesario que el paciente exprese sus sentimientos en la etapa final de su vida.					
19. El cambio de posición es necesario aun si el paciente está en proceso de morir.					
20. Es importante aliviar el dolor físico del paciente.					
21. No considero necesario facilitar el contacto con el familiar del paciente.					
22. Brindar la atención al paciente moribundo es importante para mí.					
23. Cuando brindo cuidados a mi paciente, siempre lo identifico por su nombre.					
24. Es esencial mantener la vía aérea permeable.					
25. No considero primordial ayudar a conservar el sueño del paciente.					

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios, y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio y de cómo se tomarán las mediciones. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, del colegio o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

**“Actitudes de la enfermera hacia los pacientes oncológicos en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2016”**

Nombre del participante:.....

Firma:.....Fecha: .....

---

Firma de la participante

---

Firma de la investigadora

## ANEXO B

### MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	ESTRUCTURA DE LA BASE TEÓRICA	VARIABLE	DIMENSIONES E INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	ESTRATEGIAS (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS)
¿Cuáles son las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del INEN, en el 2016?	<p><b>A. GENERAL:</b> Determinar las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según las necesidades del enfermo, del INEN, en el 2016.</p> <p><b>B. ESPECÍFICO:</b> -Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades físicas de los pacientes en fase terminal.  -Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades</p>	Las actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal son de indiferencia.	<p>I. GENERALIDADES - -Definición -Formación y desarrollo de las actitudes -Tipos de actitudes</p> <p>- Características de las actitudes -Factores determinantes de la actitud</p> <p>- Caracterización de las actitudes -Medición de las actitudes</p> <p>II. PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL -Objetivos de la atención al paciente</p>	Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal.  Necesidades del enfermo	<p>A. FÍSICA: Se tendrán en cuenta las siguientes necesidades físicas:  - respiración - alimentación - movilización - reposo/sueño - higiene - seguridad</p> <p>B. PSICOLÓGICA: - Adopta una posición de escucha - Mantiene contacto visual - Cuida la expresión facial - Procura momentos de silencio. - Mantiene un tono de voz adecuado - incentiva la expresión de sentimientos - Facilita el contacto con el familiar - Proporciona alivio del dolor - Considera la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado importante y no como sobrecarga de trabajo - Mantiene comunicación verbal con el moribundo mientras se</p>	<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>	El instrumento será una escala de tipo Lickert, la cual se aplicará a de forma individual a cada enfermera que labora en los servicios de hospitalización, la duración será de 20 minutos aproximadamente.

	psicológicas de los pacientes en fase terminal.  -Identificar las actitudes de las enfermeras hacia las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal.		-Control de síntomas -Fases de la adaptación a la enfermedad terminal. -Derechos del paciente terminal  III.LA TEORIA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA, CORNELIA M. RULAND - SHIRLEY M. MOORE  -Aspectos bioéticos -Deberes éticos para con el paciente terminal -Ética del tratamiento paliativo del dolor -El empleo de medios terapéuticos “desproporcionados”			<p>ejecutan los cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trata al paciente con respeto.</li> <li>- Proporciona apoyo emocional.</li> <li>- Incluye al paciente en la toma de decisiones respecto a su cuidado.</li> </ul> <p>C. ESPIRITUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indaga sobre las creencias religiosas del paciente.</li> <li>- Logra establecer un contacto con el guía espiritual del paciente.</li> <li>- interpreta el dolor espiritual y elige las medidas adecuadas para cuidar</li> <li>- Consuela el sufrimiento</li> <li>- Respeta las creencias, ritos y costumbres religiosas del paciente.</li> <li>- Llama al paciente por su nombre</li> </ul> <p>Ayuda a mantener el rol familiar y social.</p>		
--	---	--	--	--	--	--	--	--

## ANEXO C

### APLICACIÓN DE LA FORMULA DE ESTANONES PARA LA OBTENCION DE INTERVALOS EN LAS ACTITUDES

Para la clasificación de las Actitudes de las enfermeras hacia el paciente oncológico en fase terminal, se utilizó la comparación a través de la Campana de Gaus, con la constante 0.75 a través del siguiente promedio:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (\bar{x} - x)^2}{n - 1}}$$

Donde:

$\sigma$ : Desviación Estándar

$\bar{x}$ : promedio obtenido de la suma del puntaje por sujeto

$n$ : número total de sujetos

$x$ : puntaje obtenido por cada sujeto

1. Se calculo el promedio ( $\bar{x}$ ):

$$\bar{x} = 106.45$$

2. Se calculo la desviación estándar ( $\sigma$ ):

$$\sigma = 14.67$$

3. Se establecieron valores para **a** y **b**:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$a = 106.45 - 0.75 (14.67)$$

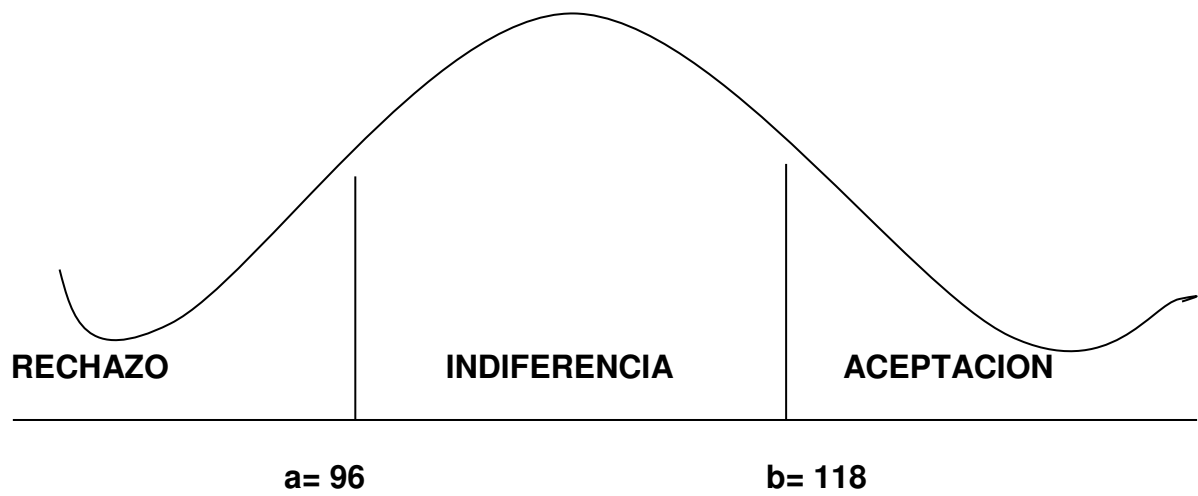
$$b = 106.45 + 0.75 (14.67)$$

$$a = 95.45$$

$$b = 117.45$$

$$a = 96$$

$$b = 118$$



#### CATEGORIZACION DE LAS ACTITUDES:

- Actitud de rechazo:  $<96$
- Actitud de indiferencia:  $96 - 118$
- Actitud de aceptación:  $>118$



## DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTITUDES DE LA ENFERMERA HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES DEL ENFERMO:

### Necesidades Físicas

1. Se calculó el promedio ( $\bar{x}$ ):

$$\bar{X} = 25.2$$

2. Se calculó la desviación estándar ( $\sigma$ ):

$$\sigma = 4.7$$

3. Se establecieron valores para **a** y **b**:

$$a = \bar{x} - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = \bar{x} + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 25.2 - 0.75 (4.7)$$

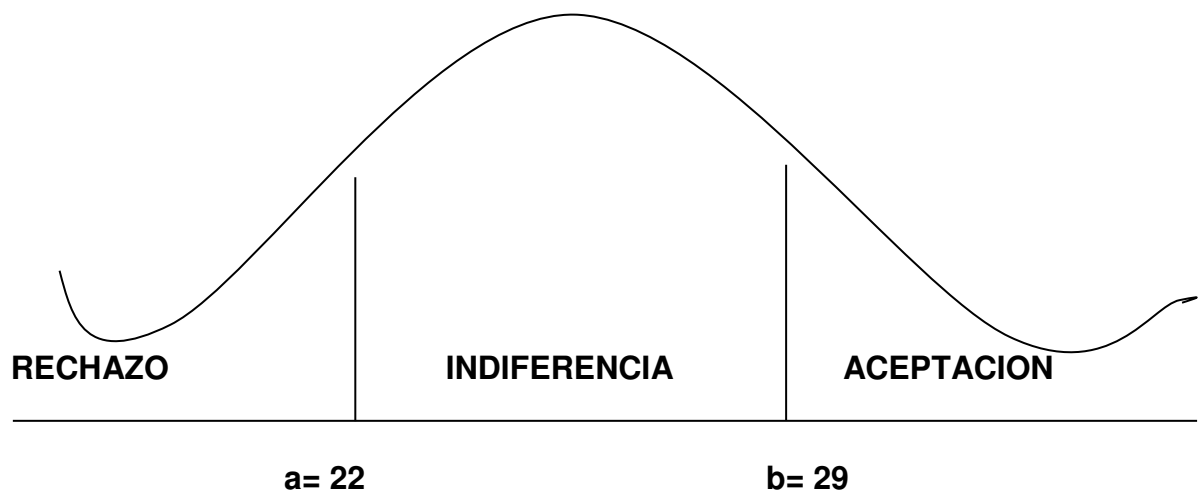
$$b = 25.2 + 0.75 (4.7)$$

$$a = 21.7$$

$$b = 28.7$$

$$a = 22$$

$$b = 29$$



### CATEGORIZACIÓN DE LAS ACTITUDES:

- Actitud de rechazo:  $<22$
- Actitud de indiferencia:  $22 - 29$
- Actitud de aceptación:  $>29$

## Necesidades Psicológicas

4. Se calculo el promedio ( $\bar{x}$ ):

$$\bar{X} = 55.9$$

5. Se calculo la desviación estándar ( $\sigma$ ):

$$\sigma = 7.5$$

6. Se establecieron valores para **a** y **b**:

$$a = \bar{x} - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = \bar{x} + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 56 - 0.75 \text{ (7.5)}$$

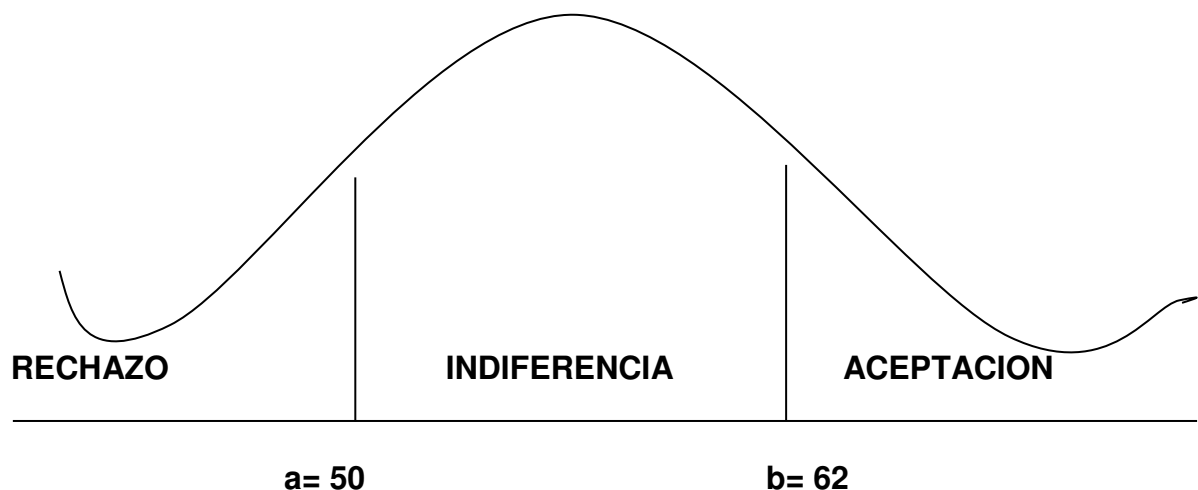
$$b = 56 + 0.75 \text{ (7.5)}$$

$$a = 50.4$$

$$b = 61.6$$

$$a = 50$$

$$b = 62$$



### CATEGORIZACION DE LAS ACTITUDES:

- Actitud de rechazo:  $< 50$
- Actitud de indiferencia:  $50 - 62$
- Actitud de aceptación:  $> 62$

## Necesidades Espirituales

7. Se calculo el promedio ( $\bar{x}$ ):

$$\bar{X} = 25.4$$

8. Se calculo la desviación estándar ( $\sigma$ ):

$$\sigma = 3.8$$

9. Se establecieron valores para **a** y **b**:

$$a = \bar{x} - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = \bar{x} + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 25.4 - 0.75 (3.8)$$

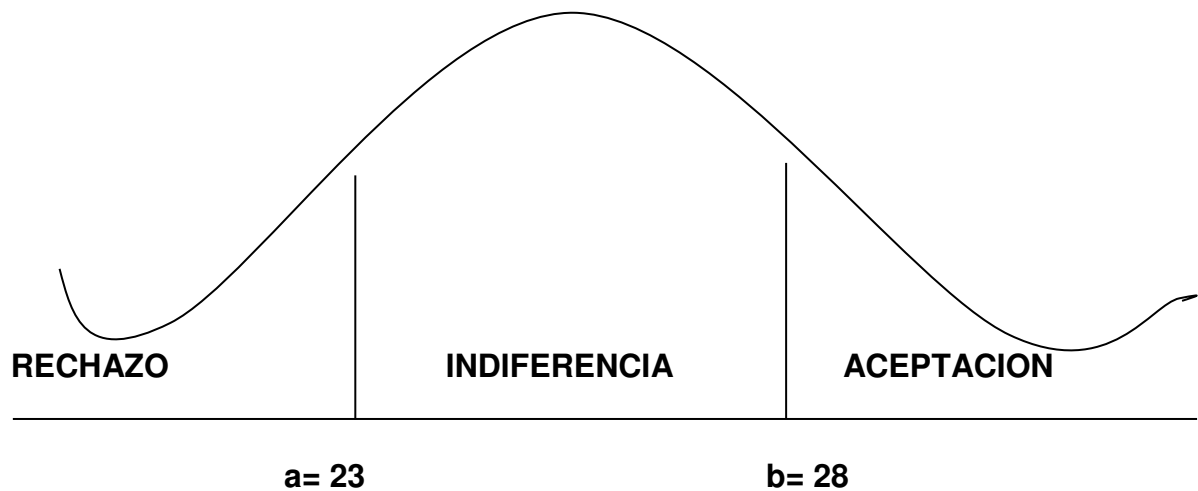
$$b = 25.4 + 0.75 (3.8)$$

$$a = 22.6$$

$$b = 28.3$$

$$a = 23$$

$$b = 28$$



### CATEGORIZACION DE LAS ACTITUDES:

- Actitud de rechazo:  $<23$
- Actitud de indiferencia:  $23 - 28$
- Actitud de aceptación:  $>28$

